Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

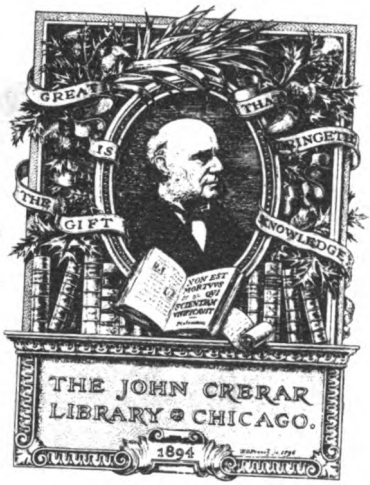
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

THE
JOHN CRERAR
LIBRARY



GIFT OF
DR. CLIFFORD G. GRULEE

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt

X. Jahrgang 1899. —

10 — 11

Digitized by Google

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger,
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

X. Jahrgang 1899.

VERLAG DES „REICHS-MEDIZINAL-ANZEIGERS." B. KONEGEN.
LEIPZIG.
1899.

Digitized by Google

Digitized by Google

Register

zum Jahrgang X des „Kinder-Arzt".

Originalien.

Bruck, Zur Diagnose der Rubeolae 79.
Burkhardt, Ein Fall von Poliomyelitis acuta 219.
Friedmann, Erfahrungen über die Kindermilch nach Backhaus. 193.
Hillemand, Opotherapia thyreoidea 169.
Klug, der Wert des Naftalan in der Therapie. 224, 241.
Koch, Ueber Darminvagination im Kindesalter. 49.
Kühner, Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder. 245, 271.
Münz, Pemphigus neonatorum. 25.
Saalfeld, Die Behandlung d. Ekzems. 2.
Schmey, Originalbericht über den XVII. Kongress f. innere Medizin. 121.
— Ein Fall von akuter rheumatischer Pneumonie im Kindesalter. 217.
Schwabe, Ein Fall v. schwerer Resorcinvergiftung. 103.
Sonnenberger, Bericht über den 18. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 132.
— Originalbericht über die Verhandlungen der Abtlg. f. Kinderheilkunde der 71. Vers. deutsch. Naturf. und Aerzte zu München. 249, 265.
Vollmer, Der Tuberkulosekongress in Berlin. 149.
Vulpius, Die orthopädisch-chirurgische Behandlung d. spinalen Kinderlähmung. 145.
Wille, Der erste bleibende Molar mit Beziehung auf die Praxis bei Kindern. 52, 73, 97.

Referate.

Albus, Behandlung d. Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen. 210.
Ascher u. Symanski, Tierlymphe. 202.
Auerbach, Poliomyelitis anterior acuta infantum. 227.
Ausset, Tödliche Hämoptyse. 203.
Baginsky, Pericarditis. 14.
Bailton, Larynxpapillome. 178.
Berdach, Hysterie. 180.
Berend, Symmetrische Gangrän bei einem Kinde. 87.
Bertrand, Paralysis dolorosa. 154.
Bittner, Verätzung der Mastdarmschleimhaut. 15.
Bókay, Pertussis. 283.
Brudzinski, Emulsionszustand des Fettes in der Gärtner'schen Fettmilch. 258.
Bruno, Diphtherieagglutination u. Serodiagnostik. 36.
Bulius, Tuberkulose. 176.
Cassel, Euchinin bei Keuchhusten. 156.
Chatinière, Masern. 199.
Chaumier, Ernährung und Einfluss ders. auf den Beginn des Gehens. 114.
Christiani, Das Airol. 44.
Comba u. Simonetti, Akute Larynxstenose. 257.
Constinesco, Purpura hämorrhagica. 282.
Coutts, Belladonna bei Bronchopneumonie. 138.
Czerny, Hydrocephalus. 181.
Dolega, Moderne Skoliosentherapie. 17.
Drenkhahn, Plattfuss. 115.
Eltz, Ueber die Resorption v. Salzwasserklystieren. 17.
Eröss, Tonsillitis follicularis. 39.
— Spina bifida. 182.
Eulenburg, Heroinum muriaticum. 206.
Fedele, Diphtherieheilserum. 175.
Feder, Tuberkulose der Schädelknochen. 276.
Filatow, Peritonitis. 15.
Fischl, Aetiologie d. Darmeinschiebungen 58.
Floret, Heroin. 233.

Digitized by Google

Fournier, Behandlung d. syphilitischen Fötus. 83.
Fraenkel, Erkrankungen des Central-Nervensystems bei akuten Infektionskrankheiten. 9.
Frieser, Citrophen. 187.
Fuchs, Hygiene d. ersten Lebenstage. 230.
Fürst, Typhilitis stercoralis u. Coprostasen im Kindesalter. 179.
Gemmel, Myositis progressiva infantum. 231.
Gersoni, Fettgehalt der Milch stillender Frauen. 60.
Grósz, Amaurose bei Hydrocephalus. 139.
Gumpert, Bedeutung d. Eiweisspräparate, besonders des Sanatogens. 63.
Hajech, Neue Behandlungsmethode des Mastdarmvorfalls d. Kinder. 58.
Haskovec, Spastische infantile Paralyse. 281.
Heermann, Otitis media i. frühen Kindesalter 85.
Heubner, Urotropin 116.
Hilbert, Diphtheriebazillen und Streptokokken. 197.
Hirschkron, Behandlung d. Ekzems. 88.
Hoffa, Schmierseifenbehandlung d. lokalen Tuberkulose. 138.
Holtkamp, Heroin. 157.
Holwede v., Eine Epidemie v. hysterischen Zufällen. 16.
Homburger, Ichthalbin. 258.
Horn, Nabelschnurbehandlung. 160.
Imerwol, Urethritis gonorrhoica. 13.
Jaffe u. Sänger, Infantiles Myxoedem. 112.
Jaques, Intubation d. Kehlkopfes. 152.
Joseph, Ekzem. 182.
Jusset u. Bedart, Tuberkulöse Peritonitis. 37.
Kaposi, Hyperidrosis spinalis superior. 184.
Kapper, Tannoform. 90.
Kármán, Pseudobulbärparalyse i. Kindesalter. 86.
Keller, Saccharin bei Säuglingen. 63.
— Malzsuppe b. magendarmkranken Säuglingen. 84.
Kissel, Stomatitis ulcerosa. 57.
Knöspel, Behandlung d. Scharlachs. 82.
— Masern. 227.
Köppen, Verband b. Oberarmfraktur. 43.
Kolisko, Backhaus'sche Kindermilch. 154.
Koplik, Schädlichkeit der pasteurisierten Milch. 41.
— Gewichtszunahme künstlich ernährter Kinder. 229.
Kurth, Diphtheriebacillus. 106.
Lamarque, Metallische Percussion bei Pleuritis. 139.
Landwehr, Diphtherieheilserum in der Landpraxis. 82.
Lange, Myxödem. 155.
— Angeborene Hüftverrenkung. 208.
Leichtenstern, Chloroform als Bandwurmmittel. 235.
Leo. Heroin. 156.
Lesage, Akute Gastro-Enteritis. 38.
Levy, Behandlung d. Bettnässens. 62.
Lindfors, Angeborene Hirnbrüche. 209.
Luithlen, Pemphigus neonatorum. 88.
Marfan, Keuchhusten. 11.
— Gastroenteritis. 277.
Megec, Medicinen bei Kindern. 207.
Meunier, Masern. 108.
Mikulicz, Desinfektion der Haut und Hände. 234.
Mircolli, Rhachitis. 113.
Moritz, Beziehungen zwischen Arzneien und Magen. 91.
Natoli, Diphtherieheilserum. 11.
Notthafft v., Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen. 61.
Orbàn, Laktase. 232.
Petersen, Favus. 233.
Power, Frühzeitige Ovariotomie. 18.
Proelss, Nabelbrüche. 114.
Purrucker, Zur Pathologie der Thymusdrüse. 231.
Ranneft, Angeborene Knickung des Femur. 43.
Roemheld, Abdominaltyphus d. Kinder. 31.
Salomon, Placentare Infektion d. Fötus als Krankheitsursache für die Mutter. 56.
Schellong, Methodische Darmeingiessungen bei habitueller Verstopfung. 59.
Schilling, Phimose. 160.
Schlesinger, Sanatogen b. Kranken. 63.
—, Intubation bei diphth. Larynxstenose. 105.
—, Lähmung d. Beine nach Lorenz'schem Redressement. 204.
Schliep, Einfachste Nabelbehandlung im Kindesalter und ein neues Repositionsverfahren f. eingeklemmte Hernien. 42.
Schlossmann, Colloidale Metalle. 185.
Schmid-Monnard, Erfahrungen auf dem Gebiete d. Ernährung v. Flaschenkindern. 83.
Schudmak, Cosaprin in der Kinderpraxis. 90.
Siegert, Osteomalacie im Kindesalter. 19.
Singer, Psychische Taubheit. 152.
Sonnenberger, Säuglingssterblichkeit. 278.
—, Kindermilch 280.
Staecklin de, Angina ulcero-membranosa. 110.
Stella de, Rhinitis gonorrhoica 108.
Sticker, Eine neue Kinderseuche (Erythema infectiosum) 200.
Still, Oxyuris vermicularis. 232.
Sykes, Varicellen. 201.
Theodor, Röteln. 200.
Torday, Fremdkörper in d. Luftwegen. 178.

Digitized by Google

Turnauer, Heroin. 186.
Valagussa, Bacterium coli commune. 109.
Voit, Albumosen und Peptone. 158.
Vulpius, Behandlung der Spondylitis im Gypsbette. 89.
Wagner, Diagnose d. Keuchhustens. 34.
Weissbecker, Behandlung d. Diphtherie m. Serum v. Diphtherierekonvalescenten. 35.
Winterberg, Säurevergiftung. 204.
Wolf u. Friedjung, Magenverdauung im Säuglingsalter. 40.
Wróblewski, Ein neuer eiweissartiger Bestandteil d. Milch. 179.
Zeuner, Tuberkulose. 196.

Gesundheitspflege.

Edel, Grenzen d. schulärztlichen Thätigkeit. 19.
Esmarch, Schulärztliches. 259.
Finkelstein, Morbidität u. Mortalität in Säuglingsspitälern. 64.
Gyula, Regeln zur Zahn- und Mundpflege. 210.
Hauser u. Taube, Die Fürsorge für Säuglinge. 188.
Höpfner, Ausstattung u. Einrichtung d. Schulen. 162.
Nährpräparate, neue: Tropon u. Karno. 92.
Petruschky, Schulhygiene u. Schularztfrage. 161.
Schmid-Monnard, Entstehung u. Verhütung nervöser Erkrankungen bei Schülern höherer Lehranstalten. 116.
Schmidt, Passive u. aktive Bewegungen im 1. Lebensjahr. 141.
—, Schulreform rationelle u. Unterrichtshygiene. 284.
Suck, Die Luftverschlechterung im Schulzimmer u. ihre Messung. 236.
Szalerdi, Mortalität i. Säuglingsspitälern. 20.
Wegener, Hygienische Schulerziehung 44.

Rezensionen.

Abeles, Die Hypeplasie d. Rachentonsille u. d. adenoiden Vegetationen d. Nasenrachenraums. 45.
Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshilfe. 2. Aufl. 261.
Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 6. Aufl. 1. Teil. 236. 2. Teil. 286.
— u. Janke, Handbuch d. Schulhygiene. 3. Aufl. 1. Bd. 93.
Bendix, Lehrbuch der Kinderheilkunde. 261.
Boltenstern v., Die neuere Geschichte der Medizin. 190.
Donath, Die Anfänge d. menschlichen Geists. 67.
Eichholz u. Sonnenberger, Kalender f. Frauen- u. Kinderärzte f. 1899. 45.
Fischl, Fortschritte in der Erkenntnis u. Behandlung der Magendarmkrankheiten d. Säuglinge. 22.
Fröhlich, Heilserum, Immunität u. Disposition. 212.
Gillet, Formulaire d'hygiène infantile collective. 165.
Grätzer, 6 Jahre Casuistik. 237.
Hillemand, Organothérapie ou Opothérapie. 190.
Hochsinger, Studien üb. d. hereditäre Syphilis. 1. Teil. 21.
Kafka, Therapie d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten. 211.
Körner, Die Hygiene des Ohres. 286.
Knapp, Der Scheintod d. Neugeborenen. 1. Teil. 163.
Landerer, Die Behandlung d. Tuberkulose mit Zimmtsäure. 68.
Lindner, Aus dem Naturgarten d. Kindersprache. 165.
Lohnstein, Medizinalkalender f. 1899. 45.
Mracek, Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten. 67.
Naunyn, Der Diabetes mellitus. 69.
Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. 189.
Nitzelnadel, Leitfaden d. Schulhygiene. 285.
Ortner, Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten. 21.
Pagel, Medizinische Deontologie. 68.
Ritter, Zahn- u. Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. 163.
Römheld, Allgemeine Verhaltungsmassregeln bei den einzelnen Krankheiten der Kinder. 118.
Roth-Schmitt, Die Arzneimittel der heutigen Medizin. 3. Aufl., bearbeitet von Dornblüth. 190.
Schill, Jahresbericht über d. Fortschritte der Diagnostik. 5. Jahrg. 261.
Schleich, Schmerzlose Operationen. 3. Aufl. 93.
Stooss, 31. medizinischer Bericht über das Jenner'sche Kinderspital i. Bern. 141.
Uffelmann-Wehner, 15. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Hygiene. 211.
Walther, Leitfaden zur Pflege d. Wöchnerinnen u. d. Neugeborenen. 46.

Digitized by Google

Sachregister.

A.

Acetoncelluloid. 190.
Achillotomie. 135.
Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. 46, 95.
Adhäsion, typische peritonitische am S romanum. 135.
Airol. 44.
Albuminurie, intermittirende d. Adolescenten. 131.
Albumosen u. Peptone i. Kindesalter. 158.
Aleppobeule 134.
Alkoholismus bei einem 2monatl. Säugling 215.
Amaurose bei Hydrocephalus 139.
Anaemia perniciosa 24.
Aneurysma aortae 124.
Aneson 166.
Angina ulcero-membranosa 110.
Anginen, chronische 268.
Antisepsis, intestinale 96.
Aphthen 216.
Appendicitis larvata 129.
Arthritis deformans 132.
Arzneien und Magen 91.
Arzneimittel der heutigen Medizin 190.
Ascaris lumbricoides 24.
Asthmatischer Anfall 48.
Athmung, Apparat z. Regelung ders. 127.

B.

Backhaus'sche Kindermilch 154, 193.
Bacterienprodukte u. Darmfäulnis 130.
Bacterium coli commune 109, 130, 266.
Bandwurmmittel, Chloroform als 235.
Beinbrüche 137.
Belladonna bei Bronchopneumonie 138.
Bewegung, aktive und passive d. Kindes im 1. Lebensjahr 141.
Blepharitis squamosa 167.
—, ulcerosa 167.
—, vaccin. 47.
Blinddarmentzündung 136.
Blut, menschliches, Sauerstoffcapacität dess. in Krankheiten 130.
-- ergüsse in den Gelenken 135.
infektion durch Staphylokokken 70.
Botriocephalus 127.
Brandwunden 144, 240, 264.
Bronchiectasie 192.
Bronchitis 48, 167, 191, 216.
Bronchopneumonie 138.
Bruchoperation 135.

C.

Caseïnflocken. Untersuchungen über 266.
Casuistik, 6 Jahre 237.
Celluloidröhrchen f. Sublimatpastillen 264.
-- verbände 197.
Chloroform als Bandwurmmittel 235.
Cholera nostras 38, 96, 277.
Chorea infantum 95, 119, 141.
Citrophen 187.
Colloidale Metalle 185.
Conjunctivitis crouposa 47.
Cosaprin 90.
Coxa vara 134, 135.
Creepling disease 270.
Cystenniere 137.

D.

Darm, Funktionsprüfung dess. 130.
-- divertikel, erworbene 135.
-- eingiessungen, methodische bei Verstopfung 59.
-- invagination im Kindesalter 49, 58.
-- verschluss 135.
Decubitus 144.
Deontologie, medizinische 68.
Dermatitis exfoliativa 270.
Desinfektion d. Hände u. Haut m. Seifenspiritus 234.
Diagnostik, 5. Jahresbericht über d. Fortschritte d. 261.
Diabetes mellitus 69.
Diarrhée verte 216.
Digitalisbehandlung b. chronischen Kreislaufsstörungen 126.
Diphtherie 35, 48, 94, 95, 105, 240.
— agglutination u. Serodiagnostik 36.
-- bazillus 106, 142, 197, 238.
— Heilserum 11, 82, 175, 191, 238.

Digitized by Google

— noma 191.
— statistik 22, 287.
Diureticum 96, 216.
Drüsenerkrankung, tracheobronchiale 111.
Dysenterie 120.

E.

Echinokokkus d. Niere 239.
—, erfolgreiche Ueberimpfung dess. 137.
Ekzem 2, 24, 88, 120, 182, 216, 254, 264.
Ellenbogenluxationen, veraltete 135.
Empyeme, Behandlung veralteter 136.
Endocarditis 119.
Enteritis 96.
Enuresis 62, 168.
Epilepsie. Operation der 132.
Ernährung, Versuchsanstalt f. 269.
Erysipelas faciei 120.
Erythema infectiosum 200.
Euchinin 156.
Eugallol 48.

F.

Favus 233.
Femur, angeborene Knickung d. 43.
Fett, Herkunft dess. 131.
Fettabsonderung der Haut 131.
Fettmilch, Gärtner'sche 258.
Fissura manum 191.
Flaschenkinder, Erfahrungen auf dem Gebiete d. Ernährung ders. 83.
Flecktyphus 124.
Formalin 48.
Furunculose 96.
Fractur d. Oberarms 43.
Fremdkörper in den Luftwegen 178.

G.

Gallensteinkrankheit, Pathologie ders. 132.
Gallenwege, congenitale Obliteration ders 142.
Gangrän, symmetrische b. e. Kinde 87.
Gasabscess in d. Bauchwand 130.
Gastro-Enteritis acuta 38, 96, 277.
Gaumensegellähmung, diphtheritische 240.
Geburtshilfe, Lehrbuch d. 261.
Gehen, Einfluss der Ernährung auf den Beginn dess. 114.
Gelenkentzündung 136.
— rheumatismus, chronischer 136.
Geist, Anfänge des menschlichen 67.
Gesundheits- und Krankenpflege, Correspondenz für 168.
Gewichts- u. Längenwachstum d. Kinder. 265.
Gicht 136.
Gingivitis 120.
Gurgeln, Wert dess. 213.

H.

Hämatin-Albumin 264.
Hämoptyse, tötliche 203.
Hals- u. Rachenkrankheiten 144.
Haltekinderwesen 188.
Harnsäure, Bildung ders. 131.
— herde im Körper 127.
Hautdefekte, Ersatz ders. 137.
— krankheiten, Behandlung ders. mit Röntgenstrahlen 210.
— und Geschlechtskrankheiten, Therapie ders. 211.
Heilserum, Immunität u. Disposition 212.
Heissluftapparat 127.
— behandlung bei Lupus 137.
Hernien d Nabels 114.
—, eingeklemmte 42.
— operation 135.
Heroin 156, 157, 186, 206, 233.
Herzmuskel, Insufficienz dess. 122, 125.
Hirnbrüche, angeborene 209.
Hüftverrenkung, angeborene 133, 208.
Hyaline Degeneration 125.
Hydrocephalus 139, 181.
Hydrops 240.
Hygiene, infantile, Handbuch der 163.
— Jahresbericht über die Fortschritte u. Leistungen ders. 211.
Hyperidrosis spinalis superior 184.
Hysterie 16, 180.

I. J.

Ichthalbin 258.
Icterus 96.
Impfung u. Impfnarben 23.
Infektionskrankheiten, akute und Central-Nervensystem 9.
—, periodische Schwankungen ders. 143.
Influenza, chirurgische Nachkrankheiten ders. 137.
—, Poliomyelitis nach ders. 219.
— artige Erkrankung 142.
Insufficienz d. Herzmuskels 122.
Intubation bei diphtheritischer Larynxstenose in der Privatpraxis 105, 152, 268.
Intussusception d. Darms 119.
Invagination d. Darms 49, 85.
Jenner'sches Kinderspital zu Bern, 31. Bericht über dessen Thätigkeit 141.

K.

Kalender für Frauen- und Kinderärzte f. 1899 45.
Kalk u. Rhachitis 287.
Karbolsäure, Gefahren ders. bei Kindern 71.
Karno 92.
Kasuistik, 6 Jahre 257.
Keuchhusten 11. 34, 71. 143, 144, 156, 216, 277.

Digitized by Google

Kinder, künstlich ernährte 229.
— krankheiten, Briefe über Behandlung ders. 189.
—, Lehrbuch der 236, 261, 286.
— lähmung, spinale 145.
— milch 270, 280.
— sprache, aus dem Naturgarten der 165.
Klumpfuss, angeborener 134.
— behandlung 135.
Klystiere v. Salzwasser 17.
Knochenentzündung, eine besondere Form der 136.
— markentzündung, tuberkulöse 134.
— tuberkulose und Milliartuberkulose 134.
Kongress, 28. d. deutschen Gesellschaft für Chirurgie 132.
— 17. f. innere Medizin 72, 121.
— zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit 96.
—, seine Bedeutung für die Bekämpfung der Skrophulose und infantile Tuberkulose 149.
Krämpfe im Kindesalter 249.
Krankenheber 127.
— pflegezeitung, deutsche 168.
Kreislaufsstörungen, chronische 126.
Künstlich ernährte Kinder 229.

L.

Lactase, Vorkommen ders. im Dünndarm u. d. Säuglingsfäces 232.
Lähmung nach Lorenz'schem Redressement 204.
Laryngospasmus 250.
Larynx, Stricturen u. Defekte ders. 136.
— papillome 178.
— stenose, akute 257.
Lebenstage, erste, Hygiene ders. 230.
Leberhydatidencyste bei Kindern 144.
Leberthran 144.
Lenigallol 24, 48.
Leukämie 128, 144.
Leukocythose 128.
Lithaemie bei Kindern 240.
Luft, überhitzte bei Gelenkentzündung u. Gicht 136.
— verschlechterung in Schulzimmern 236.
Lungenkranke, Behandlung derselben mit Massage 131.
Lupus erythematodes 72.
—, Heissluftbehandlung bei dems. 137.
Lymphangitis infant. 167.

M.

Magen, Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die Funktionen dess. 127.
Magendarmerkrankungen, gutartige, Anzeigen zu chirurgischen Eingriffen bei dens. 129.
— krankheiten bei Säuglingen 22, 84.
— geschwür, traumatisches 134.
— saftsekretion, zeitlicher Verlauf ders. 127.
— medikamentöse Beeinflussung ders. 127.
— verdauung im Säuglingsalter 40.
Malaria quotidiana 96.
Malzsuppe 84.
Masern 108, 199, 200, 215, 227.
Massage bei der Behandlung Lungenkranker 131.
Mastdarmschleimhaut, Verätzung d. 15.
— temperatur beim Kinde 119.
— vorfall 58, 135.
Mediastinum, Eiterung im hinteren 137.
Medicin, die neuere Geschichte der 190.
Medicinalkalender und Rezepttaschenbuch f. 1899 45.
Medicinen, Wirkung ders. b. Kindern 207
Medulladen 24.
Meningite à bacille d'Eberth 190.
Meningitis cerebrospinalis 96.
— tuberculosa 213.
Miliartuberculose u. Knochentuberculose 133.
Milch, Fettgehalt ders. bei stillenden Frauen 60.
— neuer eiweissartiger Bestandteil ders. 179.
— pasteurisierte 41.
Mitralinsufficienz, 95, 125.
Molar, der erste bleibende 52, 73, 97.
Morbus Basedowii 72.
Myositis ossificans progressiva 231
Myxödem, angeborenes 166.
—, infantiles 112, 155.

N.

Nabelbehandlung, die einfachste 42.
— brüche 114.
— schnurbehandlung 160.
Naftalan 224, 241.
Nasendiphtherie 94.
Nebennieren, Hypoplasie ders. u. Hydrocephalus 181.
Nephrolithiasis, Glycerinbehandlung ders. 132.
Nervensystem, über den Einfluss dess. auf die Functionen des Magens 127.
Nervöse Zustände bei Schülern höherer Lehranstalten 116.
Neugeborene, chem. Zusammensetzung ders. 265.
Neuralgien des Gesichtes und Kopfes 136.
Nierenabscesse und eitrige Entzündungen d. Nierenfettkapsel durch Hautcarbunkel 137.
—, arterielles Gefässsystem ders. 237.
—, Beziehungen zwischen Körperform u. dens. 130.
— chirurgie 137.

Digitized by Google

-- echinococcus 239.
— krankheiten, chronische 129.
-- steine 137.
Noma faciei 191.
— genitalium 238.

O.

Oberarmfraktur 43.
Obstipation 59, 135, 174.
Oesophagus, Verletzung dess. 137.
Ohr, Hygiene dess. 286.
Operationen, schmerzlose 93.
Ophthalmia neonatorum 167.
Opotherapia thyreoidea 169.
Organothérapie ou Opothérapie 190.
Orthoform 166.
Osteomalacie i. Kindesalter 19.
Osteomyelitis 96.
Otitis interna furunculosa 144.
-- media 44, 85.
Ovariotomie, frühzeitige 18.
Oxyuris 167, 232.
Ozaena 239.

P.

Paralyse, Landry'sche 269.
—, spastische infantile 281.
Paralysis dolorosa 154.
Parotitis epidemica 68.
Pasteurisierung d. Milch 266.
Pattelarluxation, habituelle 135.
Peliosis rheumatica 24.
Pemphigus circinnatus 47.
— neonatorum 25, 88.
-- vulgaris. 47.
Penis, tuberc. Geschwür am 263.
Peptone im Kindesalter 158.
Percussion, metallische 137.
Pericarditis 14.
Pes varo-equinus paralyticus 166.
Peritonitis chronica serosa 15.
— tuberculosa 37.
Pflege der Kinder, grosse Gefahren durch kleine Fehler in ders. 245, 271.
— der Wöchnerinnen und Neugeborenen, Leitfaden zur 46.
Phimosis 160.
Phlegmone 96.
Pilzvergiftungen 239.
Placentare Infektion d. Fötus als Krankheitsursache für die Mutter 56.
Plasmon 288.
Plattfuss 115.
Plethora 125.
Pleuritis, Diagnose d. 139.
Pneumometer 127.
Pneumonia lobularis 70.
-- magendarmkranker u. septisch kachektischer Säuglinge 254.
-- rheumatica 217.
Poliomyelitis acuta nach Influenza 219.
— anterior acuta infantum 227.
Porencephalie 133.
Progressive muskuläre Dystrophie 46.
Pseudo-Bulbärparalyse 86.
Pseudoleucämie 24, 144.
Psoriasis 24, 120.
Pubertas praecox 212.
Purpura 24.
-- haemorrhagica 282.

R.

Rachen, behaarter Polyp d. 143.
Rachentonsille, Hyperplasie d. 46.
Resorcinvergiftung 103.
Rhachitis 22, 113, 287.
Rhinitis gonorrhoica 108.
Röntgenstrahlen bei Hautkrankheiten 210.
— b. Nierensteinen 137.
— b. Peritonit. tubercul. 37.
—, Untersuchung des Herzens mittels ders. 125, 127.
Rötheln 79, 200.

S.

Saccharin in der Säuglingsernährung 64.
Säuglinge, Fürsorge für dies. 188.
Säuglingsernährung, künstliche 71.
— spitäler, Morbidität u. Mortalität i. dens. 20, 64.
— sterblichkeit 270, 278.
Säurevergiftung 204.
Saligallol 48.
Salzwasserklystiere 17.
Salicylsäure, Bemerkungen über die Nebenwirkungen ders. 217.
Sanatogen 63, 168.
Sanduhrmagen 137.
Saugen u. Verdauen 266.
Scabies 264.
Schädeldach, angeborne Lücke dess. 133.
Scharlach 82, 95, 144, 200, 238.
Scheintod der Neugeborenen 163.
Schilddrüse, Pathologie und Therapie der 130, 214.
Schmierseifenbehandlung b. tubercul. Lokalerkrankungen 138.
Schnupfen, Vorkommen von Diphtherie- u. Pseudodiphtheriebacillen b. dems. 142.
Schreibtisch-Wochen-Kalender f. 1900 288.
Schulärztliche Thätigkeit 19, 161.
Schulärztliches 259.
— erziehung, hygienische 44.
-- hygiene 161, 193, 285.
— Handbuch d. Schulhygiene 93.
— Leitfaden d. Schulhygiene 285.
— räume u. Schulen, Ausstattung u. Einrichtung ders. 162.
— reform 284.
Scrophulose 149.
— des Auges 23.
Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen und Krampfzuständen 137.

Digitized by Google

Sepsis 253.
Septicämie 96.
Skoliose, Therapie d. 17.
Skorbut 94.
Spasmus glottidis 191.
Spina bifida 182.
Spondylitis 89, 133.
Staphylokokkeninfektion 70.
Sterniogoniometer 126.
Stillen während der Schwangerschaft 213.
Stomatitis ulcerosa 57, 166.
Subcutanspritze, aseptische 264.
Syphilis, hereditäre 21, 72, 83, 132, 214.
-- , Atlas d. S. u. d. venerischen Krankheiten 67.

T.

Tänien 48.
Tannalbin 142.
Tannigen 142.
Tannoform 90.
Taubheit, psychische 152.
Tetanie 250, 251.
Tetanus, Behandlung dess. mit Hirnemulsion 94.
-- gift, Wirkung dess. 132.
Therapie, spezielle, Vorlesungen über 21.
Thierlymphe, Königsberger 202.
Thymusdrüse, Pathologie der 232.
Tonsillitis follicularis d. Neugeborenen 39.
Tropon 82.
Tuberkulose 68, 134, 149, 176, 196, 240, 267.
-- d. Meningen 213.
- d. Peritoneum 37.
-- d. platten Schädelknochen 276.
-- u. Keuchhusten 283.
Tuberkulöse Lokalerkrankungen 138.
Tuberkulöses Geschwür am Penis 263.
Typhlitis 136, 179.
Typhus abdominalis 31.

U.

Ulcus tuberculosum 128.
— ventriculi 130.
Unterrichtshygiene 284.
Urethritis gonorrhoica bei Kindern männl. Geschlechts 13.
Urotropin 116.

V.

Varicellen 201.
Verdauungskanal, Infektion dess. mit d. Bacill. pyocyan. 23.
Verhaltungsmassregeln, allgemeine bei den einzelnen Krankheiten d. Kinder 118.
Versammlung, 24. d. deutsch. Vereins f. öffentliche Gesundheitspflege 120.
, 71. deutsch. Naturforscher u. Aerzte 216, 249, 265.
Verstopfung, habituelle 59, 135, 179.
Vulvovaginitis 48.

W.

Wunden u. Geschwüre, kleinere 263.

Z.

Zahn- u. Mundleiden mit Bezug auf Allgemeinerkrankungen. Wegweiser d. 163.
Zahn- u. Mundpflege, Regeln zur 210.
Zellgewebsverhärtungen bei Neugeborenen 61.
Zimmtsäure, Behandlung d. Tuberkulose m. 68.

Digitized by Google

Autoren-Register.

Abeles 45
Ahlfeld . . . 261
Albus 210
Ascher . . . 202
Audion . . . 144
Auerbach . . . 227
Ausset 203, 215
Bäumler . . . 125
Baginsky . . . 14, 93, 236, 252, 257, 266, 268, 270, 271, 286.
Bailton . . . 178
Basch v. . . . 127
Beck 133
Bedart . . . 37
Benda 134
Bendix . . . 261, 266.
Berdach . . . 180
Berend . . . 87
Bergmann v. . 133
Bertrand . . . 154
Boghean . . . 127
Boulland . . . 96
Biedert . . . 266, 267, 269.
Bier 136
Bittner . . . 15
Blindreich . . 120
Blum 130
Blumenthal . . 132
Bokay 283
Boltenstern v. . 140
Braun 137
Bruck 79,
Brudzinsky . . 258
Bruno 36
Bulius . . . , 176
Bunge 135
Burkhardt . . 219
Callum Mc. . . 70
Camerer jun. . 265
Camerer sen. . 266, 269, 271.
Carrière . . . 281
Carstens . . . 268
Cassel 156
Chatinière . . 199
Chaumier . . . 114
Cheney . . . 167
Christiani . . . 44
Cohn 143
Comba 257
Combe 24
Comby . . . . 70, 167, 271.
Concetti . . . 72, 271.
Conrad . . . 267
Constinesco . . 2
Cordes 238
Coutts 138
Credé 96
Criegern v. . . 125
Czerny . . . . 125, 187, 267.
D'Astros . . . 119
Determann . . 127
Dolega . . . 17
Donath . . . 67
Dornblüth . . 190
Drenkhahn . . 115
Dührssen . . . 136
Duquesnel . . 144
Ebstein . . . 214
Edel 19
Eichholz . . . 45
Eiselsberg v. . 135, 136, 137
Eltz 17
Eröss 39, 182
Escherich . . . 127, 130, 268, 269, 270, 271
Eshner . . . 46
Esmarch v. . . 259
Eulenburg . . 206
Ewald 129, 136
Fedele 175
Feder 276
Feilchenfeld . . 287
Filatow . . . 15, 95
Finkelstein . . 64, 253, 270
Fischl 22, 58, 119, 252, 267, 268, 270, 271
Floret 233
Fournier . . . 83
Fränkel . . . 9
Franke . . . 136, 137
Freymuth . . . 191, 238
Friedjung . . . 40
Friedmann . . 193
Frieser . . . 187
Fritsch . . . 270
Fröhlich . . . 212

Digitized by Google

Fuchs 230
Fürst 179
Galatti . . . 268
Ganghofner . . 250, 252, 268
Gans 130
Garré 136, 137
Gemmel . . . 231
Gersoni . . . 60
Gersuny . . . 135
Gerulanos . . 136
Gillespu . . . 72
Gillet 165
Gocht 135
Göppert . . . 166
Grätzer . . . 237
Graser 135
Grödel . . . 126
Grósz 139
Gumpert . . . 63
Gussenbauer . . 136
Guttmann . . 23
Gyula 210
Hagedorn . . 95
Hajech . . . 58
Hamburger . . 119
Hamm 239
Harath . . . 134
Haskovec . . . 281
Hauser . . . 188
Hausemann . . 124
Hecker . . . 267, 271
Heermann . . 85
Heidenhain . . 137
Henle 137
Hermann . . . 132
Heubner . . . 116, 252, 267
Heusner . . . 134
Hilbert . . . 197
Hillemand . . 169, 190
Hirschfeld . . 125
Hirschkron . . 88
Hirschsprung . 271
His 127
Hochsinger . . 21, 69, 251, 252, 256, 269, 270
Hock 191
Höftmann . . 134
Höpfner . . . 162
Hoffa 133, 135, 138
Homburger . . 258
Holländer . . 137
Holtcamp . . 157
Holwede v. . . 16
Horn 160
Hugot 190
Imerwol . . . 13
Jacob 125
Jacoby . . . 131
Jaffe 112
Janke 93
Jaques . . . 152
Jordan . . . 136, 137
Joseph . . . 182
Jusset 37
Kafka 72, 211
Kaposi . . . 184
Kapper . . . 90
Karewski . . 136
Kármán . . . 86
Kassel 94
Keller 63, 84
Kissel 57
Kistler . . . 24
Klein 212
Klug 224, 241
Knapp 163
Knöpfelmacher . 266
Knöspel . . . 82, 227
Koch 49
Kocher . . . 132, 135
Kölbl 264
Königstein . . 167
Köppen . . . 43
Körner . . . 286
Körte 136
Kohlbrugge . . 143
Kolisko . . . 154
Koplik . . . 41, 229
Kraus 130
Krause . . . 136
Kreibich . . . 47
Krönlein . . . 134, 137
Kühner . . . 245, 271
Kümmell . . . 134, 136
Küster 117
Küttner . . . 134
Kurimoto . . 127
Lafleur . . . 213
Lamann . . . 144
Lamarque . . 139
Landerer . . . 68
Landwehr . . 82
Lange 134, 155, 208, 249, 252
Langenbühl . . 267
Laport . . . 213
Lauenstein . . 133, 137, 166
Leichtenstern . 235
Lennhoff . . . 130
Leo 156, 271
Lesage . . . 38
Lesné 70
Leubuscher . . 130
Levy 62
Levy-Dorn . . 125
Lewkowicz . . 239
Liebreich . . 240
Lindfors . . . 209
Lindner . . . 165
Litten 144
Lockhart . . . 72
Löwenhardt . . 134
Löwit 128
Lohnstein . . 45
Lowe 23
Ludloff . . . 135
Luithlen . . . 88

Digitized by Google

Mandowsky . . 127
Mangoldt . . . 136
Marcus . . . 95
Marfan . . . 11, 277
Martius . . . 123
Massinowitsch . 191
Mayer, J. . . 132
Mayer, W. . . 192
Meinert . . . 269
Megec 207
Mehring . . . 127
Mellin 266
Meunier . . . 108
Mikulicz . . . 134
Miller 191
Minkowski . . 128
Mira 22
Mircolli . . . 113
Molle d'Aubernas 192
Moncorvo . . . 119
Moncorvo jun. . 167
Moritz 91
Mracek . . . 67
Münz 25
Muskett . . . 120
Natoli . . . 11
Naunyn . . . 69
Netter 94
Neuber . . . 135
Neuberger . . 256
Neumann . . . 189, 263
Niessen van . . 132
Nitzelnadel . . 285
Nobécourt . . 23
Noorden, v. . . 129
Notthaft, v. . . 61
Orbán 232
Ortner 21, 24
Oppenheimer . 266
Pagel 68
Pelc 124
Petersen . . . 129, 134, 233
Petruschki . . 128, 161, 191
Pfaundler . . 127, 266
Pott 252, 268, 269
Power 18
Pribram . . . 131
Proelss . . . 114
Purjesz . . . 22
Purrucker . . 231
Ranneft . . . 43
Ranke, v. . . 257, 268. 269
Rauchfuss . . 270
Renvers . . . 136
Riegel 127
Riese 135, 136
Rille 254, 257, 270
Ringel . . . 137
Ritter 163
Römheld . . . 31, 118
Rommel . . . 271
Rose 136
Rosenfeld . . 131
Roth 120, 190
Rothschild . . 126
Rotter 136
Saalfeld . . . 2
Sänger . . . 112, 213
Sahli 24
Salomon . . . 56
Schellong . . 59
Schill 261
Schilling . . . 160
Schleich . . . 93
Schlesinger . . 63, 70, 105, 204
Schliep . . . 42
Schlossmann . 185, 267, 269, 271
Schmey . . . 217
Schmid, A. . . 96
Schmidt . . . 120
Schmidt, . . . 130, 141
Schmidt. M. . . 124
Schmid-Monnard 83, 116
Schmorl . . . 271
Schramm . . . 94
Schrötter v. . . 122
Schrötter v., jun. 130
Schudmak . . 90
Schütz 130
Schwabe . . . 103
Ségary . . . 216
Seiffert . . . 254
Seitz 269
Senator . . . 125
Shilds 214
Siegert . . . 19
Simonetti . . 257
Singer 152
Sklarek . . . 263
Soltmann . . . 252, 268, 269, 270
Sonnenberger . 45, 169, 249, 252, 257, 265, 266, 270, 271, 278, 280
Sonnenburg . . 136
Spiegelberg . . 254,
Spitzer . . . 131
Sprengel . . . 135, 136
Stäklin de . . 110
Steffen . . . 95
Stella de . . . 108
Sticker . . . 200
Still 232
Stöltzner . . . 22, 287
Stooss 141, 269
Suck 236
Sudeck . . . 134
Sykes 201
Symanski . . 202
Szalérdi . . . 20
Tallerman . . 127
Taube 188
Theodor . . . 200, 271
Thiemich . . . 239, 250, 253
Thomsen . . . 96
Torday . . . 178
Trendelenburg . 133

Digitized by Google

Trumpp . . . 268, 271
Turnauer . . . 186
Uffelmann . . 211
Unna 257
Unverricht . . 125
Valagussa . . 109
Vergely . . . 215
Voit 158
Vollmer . . . 149
Vossius . . . 47
Vulpius . . . 89, 137, 145
Wagner . . . 34, 134
Walther . . . 46
Wegener . . . 44
Wehner . . . 211
Weisbecker . . 35
Weiss 132
Wertheimber . 271
Wiener . . . 131
Wille 52, 73, 97
Winkler . . . 125
Wörner . . . 137
Wolf 40
Wolff 131
Wroblewski . . 179
Zeuner . . . 196
Zondek . . . 137

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Januar 1899.** **Heft 1.**

Inhalt. Originalien: **Saalfeld,** Die Behandlung des Eczems. 2. — Referate: **Fraenkel,** Acute Infectionskrankheiten. 9. — **Natoli,** Diphterieheilserum. 11. — **Marfan** Keuchhusten. 11. — **Imerwol,** Urethritis gonorrhoica. 13. — **Baginsky,** Pericarditis. 14. — **Filatow,** Peritonitis. 15. — **Bittner,** Verätzung d. Mastdarmschleimhaut. 15. — **v. Holwede** Hysterie. 16. — **Eltz,** Salzwasserklystiere. 17. — **Dolega,** Skoliosentherapie. 17. — **Power,** Frühzeitige Ovariotomie. 18. — **Siegert,** Osteomalacie. 19. — Gesundheitspflege: **Edel,** Die Grenzen der schulärztlichen Thätigkeit. 19. — **Szalérdi,** Ueber die Mortalität in Säuglingsspitälern. 20. — Rezensionen: **Ortner,** Vorlesungen über spezielle Therapie innerer Krankheiten. 21. — **Hochsinger,** Studien über die hereditäre Syphilis. I. Teil. 21. — **Fischl,** Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheit beim Säugling. 22. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 22. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 24.

Abonnements-Einladung.

Mit der vorliegenden Nummer beginnt der 10. Jahrgang des „Kinder-Arzt" und laden wir zum Abonnement auf diese Zeitschrift ergebenst ein. Ein Decennium ist nun beinahe verflossen, seitdem wir das Ziel, das wir von Anfang vor Augen hatten, beharrlich verfolgen und immer weiter auszubauen versuchen: Alles, was von wissenschaftlichem und praktischem Werte in der Litteratur der Kinderheilkunde des In- und Auslandes zur Veröffentlichung gelangt, dem praktischen Arzte vor Augen zu führen. Die Entwickelung unserer Zeitschrift, die eine nach jeder Beziehung stetig voranschreitende ist, hat uns bewiesen, dass unser Organ ein Bedürfnis für die Aerztewelt war. Möge auch die Zukunft uns nach allen Richtungen hin gedeihlich und förderlich sein und mögen uns insbesondere tüchtige Mitarbeiter und treue Abonnenten ebenso zahlreich zur Seite stehen, als dies bisher geschehen!

Die Redaktion. **Der Verlag.**

Digitized by Google

und 50% Fett
nämlich: Vaselin. flav. 50%
oder: Lanolin 40%
Ol. Olivarum 10%

Auch zu diesen Pasten kann man Zusätze anderer Mittel machen, und zwar bleibt bei Zusatz von flüssigen Mitteln hierbei der Bestand von Zinkoxyd und Amylum konstant, während der hinzugefügte Prozentsatz des Mittels vom Lanolin oder Vaselin abgezogen wird; hingegen wird bei Zusatz fester Mittel die Menge des Zink und Amylum vermindert, z. B.

Rp.	Ol. Cadini	10,0			
	Zinci oxydati				
	Amyli	aa 25,0			
	Vaselini flavi	40,0	oder	Lanolin	30,0
				Ol. Olivar.	10,0
Rp.	Acid. boric.	10,0			
	Zinci oxydat.				
	Amyli	aa 20,0			
	Vaselini flavi	50,0	oder	Lanolin	40,0
				Ol. Olivar.	10.0

Von den Salben hat, wie erwähnt, Adeps suillus den Nachteil, dass es leicht ranzig wird, besonders im Sommer und bei längerem Stehen, während Lanolin und Vaselin den Vorteil der Dauerhaftigkeit und Gleichmässigkeit besitzen. Zur Zusammenstellung von Pasten ist Adeps suillus nicht gebräuchlich. Der mehrfach erwähnte Oel-Zusatz zum Lanolin bei Mischung mit grösseren Pulvermengen ist zur Geschmeidigmachung des Fettes notwendig, während Vaselin an und für sich eine weichere Consistenz besitzt. Es sei hier gleich bemerkt, dass auf dem behaarten Kopf von Fetten in erster Reihe Oele oder dünne Salben zur Anwendung kommen und zwar solche, welche als Salbengrundlage Vaselinum flavum enthalten, dem ein beträchtlicher Prozentsatz von Oel hinzugefügt wird. Contraindiciert ist die Anwendung von reinem Lanolin, Pasten und Puder auf dem behaarten Kopf, weil hierdurch eine Verklebung der Haare zu Stande kommt.

Die genaunten Salben kommen entweder allein, oder mit Zusatz indifferenter Mittel zur Verwendung im Beginn des Ekzema squamosum. Hat dieses Stadium einige Zeit gedauert und ist ein weiterer Fortschritt der Heilung nicht bemerkbar, so müssen wir energisch wirkende Mittel verwenden, um die aufgetretenen Infiltrate zur Resorption zu bringen.

Solche mehr oder weniger indifferenten Salbenzusätze sind:
Zinkoxyd (das in der oben genannten Zinkpaste enthalten ist)
Borsäure 10%.

Etwas differenter ist:
Salicylsäure 1—2%
Resorcin 1—3%
Hydrargyr. praecipitat. alb. 1—3%.

Den Uebergang zu den energischen Salbenzusätzen bildet das
Ung. praecipitat. alb. mit 10% weissem Praecipitat.
Chrysarobin

Digitized by Google

Pyrogallussäure
Menthol
Ung. praecipitat. rubrum.

Das älteste Mittel beim schuppenden Ekzem, das gleichzeitig den hierbei vorhandenen Juckreiz bekämpft, ist der Theer, und zwar kommt er zur Verwendung als:

Ol. Cadinum (Kadeöl aus einer Wacholderart)
Ol. Fagi (Buchenholztheer)
Ol. Rusci (Birkentheer)
Liqu. Carbonis detergens (1 T. Steinkohlentheer, 4 T. Tinct. Quillajae)

ein sehr milde wirkendes Präparat, das auch oft von Patienten, die gegen andere Theersorten sehr empfindlich sind, gut vertragen wird.

Im Gegensatz hierzu stellt das

Unguent. Wilkinsonii (Rp. Cret laevigat 5,0; Sulfur. sublimat. Ol. Rusci āā 7,5; Sapon. virid. Adip. suill. āā 15,0 m. f. ungt.)

ein sehr energisch wirkendes Mittel dar.

Man beginnt bei der Theerbehandlung mit schwächeren Zusammensetzungen, entweder mit Theeröl oder mit Theersalbe, und zwar hat sich bei letzterer als Salbengrundlage die Zinksalbe oder die Zinkpaste als zweckmässig erwiesen, z. B.

Rp.	Ol. Cadini	10,0
	Ol. Olivar.	
oder	Ol. Raparum	90,0
Rp.	Ol. Cadini	5,0
	Ung. Zinci	
oder	Past. Zinci	45,0

Man kann anch den Theer rein oder in einer öligen oder spirituösen Mischung (wie z. B. der Tinct. Rusci) in dünner Schicht vermittelst Borstenpinsels einreiben lassen und eine indifferente (hauptsächlich Zink-)Salbe oder Puder auftragen lassen.

Die Theer-Applikation erfolgt für gewöhnlich täglich zweimal, und zwar lässt man 3—4 Tage hintereinander, ohne zu waschen, eine Schicht über die andere auftragen. Nötigenfalls lässt man den Ueberschuss entweder trocken oder mit Oel abwischen. Nach 6—8 Schichten kann man mit lauwarmem Seifenwasser einmal abwaschen lassen. Falls der Theer von der kranken Haut in der angegebenen Form nicht vertragen wird, vielmehr eine Hautreizung auftritt, man aber auf seine Anwendung nicht verzichten will, so geht man zweckmässig zu Theerbädern über. Die erkrankten Partien werden mit einer Theermischung — anfangs mit einer schwachen Oelmischung, später einer stärker concentrierten spirituösen Mischung — eingerieben. Dann werden die Patienten in ein gewöhnliches Wasserbad gesetzt und verweilen hierin 10—30 Minuten, darauf wird der Theer mit Seife entfernt, die letzten Reste von Theer und Seife durch eine Brause (event. durch einen Irrigator oder Giesskanne zu ersetzen) heruntergespült. Nach dem Abtrocknen werden die befallenen Partien entweder mit Talcum bepudert, oder mit einer indifferenten Salbe verbunden.

Während bisher die Anwendung des Theers nur beim chronischen Ekzem besprochen wurde, sei hier noch erwähnt, dass man nicht selten

Digitized by Google

auch bei einem akuten, stark juckenden, papulösen oder vesikulösen Ekzem durch Theer, besonders in spirituöser Mischung, z. B.

Rp. Ol. Cadini
Spirit. aa 25,0

oder als reinen Liq. Carbonis detergens in kurzer Zeit überraschende Wirkungen erzielt. Allerdings müssen hierbei die Patienten sehr sorgfältig in kurzen Zwischenräumen beobachtet werden, damit man bei etwaiger Theerreizung sofort eine Aenderung der Therapie eintreten lassen kann.

Bei jeder Theerbehandlung muss eine sorgsame regelmässige Urinuntersuchung vorgenommen werden, damit sofort bei etwaigem Theer-Urin oder bei einer Nierenreizung das Medicament ausgesetzt wird.

Die letztere Vorsicht kommt besonders in Frage bei einem andern, bei chronischen Ekzemen häufig angewandten Mittel, der

Pyrogallussäure

als 2—30prozentiger Salbe, die aber wegen der Schwarzfärbung im Gesicht nur in Ausnahmefällen benutzt werden kann.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei dem in derselben Konzentration zur Verwendung kommenden

Chrysarobin,

das ausserdem wegen seiner Eigenschaft, Conjunctivitis hervorzurufen, überhaupt kaum für das Gesicht Anwendung findet.

Gegen das quälende Brennen und Jucken hat sich die Anwendung des

Menthol

sehr gut bewährt. Man muss, um nicht unangenehmen Ueberraschungen ausgesetzt zu sein, mit schwacher Concentration ($^1/_2$—1%) beginnen und allmählich steigen — bei alten infiltrierten Ekzemen bis 5—10—15%. Bei seiner Verordnung ist darauf zu achten, dass die Lösung stets in einem Oele erfolge:

Rp. Menthol 1,5
Ol. olivar. 5,0
Adip. suill.
(oder besser Lanolin)
ad. 30,0
M. f. ungt.

Wird diese Vorschrift nicht berücksichtigt, so löst der Apotheker das Menthol in Spiritus. Es kann hierdurch eine sehr unangenehme Reizung hervorgerufen werden. Sind die Infiltrate sehr derb und durch die vorhergenannten Mittel nicht zu beseitigen, so kann man die betreffenden Stellen mit

2—3% Kalilauge

einreiben. Dies geschieht mittelst eines Charpie- (nicht Borsten-)Pinsels oder Watte, bis seröse Transsudation oder leichte Blutung eintritt. Die Aetzungen mittelst Kalilauge müssen mit einer gewissen Vorsicht unternommen werden, um einer unerwünschten Tiefenwirkung mit Verletzung unterligender Teile und daraus event. resultierendem Keloid vorzubeugen. Das ziemlich starke Brennen wird durch häufig zu wechselnde Kaltwasserumschläge gemildert. Das chronische Ekzem ist dann in ein acutes um-

Digitized by Google

gewandelt und wird dementsprechend weiter behandelt. Zum Erweichen der Infiltrate dienen weiter die

Salicylsäurepflastermulle

5—20%. Sie werden bis zur eintretenden Maceration — also etwa 1—2×24 Stunden — aufgelegt.

Auf gleicher Stufe mit dieser rein lokalen und äuserlichen Behandlung steht eine kausale mit Berücksichtigung der hygienischen Verhältnisse. So wird genaueste Nachforschung nach der Aetiologie des vorhandenen Ekzems stattfinden müssen. Oftmals wird ein Ekzem am Kinn und Mund bei Erwachsenen hervorgerufen durch Gebrauch von Mundwässern, die einen Zusatz von ätherischen Oelen enthalten. Andererseits muss beim Gesichtsekzem der Kinder an event. vorhandene Pediculi capitis gedacht werden. Gegen dieselben werden Einreibungen der behaarten Kopfhaut mit Sabadillessig (je nach dem Alter entweder mit Aqua aa oder Acet. Sabadill. 75,0 + Aqua 25,0 oder rein) angewandt. Auch das Petroleum leistet gute Dienste, nur müssen die Patienten oder deren Eltern aufmerksam gemacht werden, dass wegen der Feuergefährlichkeit die Einreibungen am besten am Tage vorzunehmen sind. Bei Ekzemen der Nase und des Ohres ist stets Untersuchung und event. Behandlung dieser Organe vorzunehmen. Eine weitere Ursache der Gesichtsekzeme ist die Einwirkung zu grosser Hitze (Lampe, Sonne, Ofen, Kochherd) oder zu grosser Kälte (kaltes, hartes Wasser). Diesen Schädigungen müssen die Patienten natürlich entzogen werden. Lassen sie sich nicht ganz vermeiden, so ist das Gesicht zu pudern. Gegebenenfalls ist das Tragen eines Schleiers (im Sommer weiss, im Winter dunkel), oder eines breitrandigen Hutes zu empfehlen. Kranke mit empfindlicher Gesichtshaut müssen abgekochtes lauwarmes Waschwasser benutzen, dem sie gut gereinigtes Glycerin (auf eine mittlere Waschschüssel 1—2 Esslöffel) zusetzen. Statt der Seife ist Mandelkleie zu nehmen oder, da die Patienten oft nur ungern auf den Gebrauch der Seife verzichten, eine möglichst milde, am besten die gewöhnliche Waschseife, wie sie zum Händewaschen dient, oder die ihr gleichwertige „Marseiller Seife". Oft ist auch das Tragen von wollenen Sachen auf blossem Körper schädlich. Dieselben sind dann durch leinene zu ersetzen. Die Aetiologie der Ekzeme der Aftergegend, des Dammes und Scrotum beruht oft auf dem Vorhandensein von Verdauungsstörungen, Darmparasiten (bes. Intertrigo der Kinder), Hämorrhoiden, Varicocele, Pediculi pubis. Bei Frauen ist der Genitalapparat eingehend zu untersuchen.

Ferner ist die ganze Reihe der Berufsekzeme zu berücksichtigen. Bei diesen (Cementkrätze, Bäckerkrätze, Eczema lotricum u. s. w.) ist vor allem darauf zu dringen, dass die Patienten für einige Zeit ihre schädliche Thätigkeit aufgeben.

Die allgemeine Therapie des Ekzems hat dann die Kräftigung des ganzen Körpers und Beseitigung vorhandener Constitutionsanomalien anzustreben. Dazu ist eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers, sowie des Urins vorzunehmen. Namentlich ist die letztere von grosser Wichtigkeit und in jedem Falle erforderlich; auch der Urin kleiner Kinder muss womöglich untersucht werden, da ab und zu das Ekzem der Kinder in Gemeinschaft einer Nephritis auftritt und mancher plötz-

Digitized by Google

liche Exitus in der nicht erkannten Nierenentzündung seine Ursache hat. Die Urinuntersuchung ist ferner notwendig, weil eine Reihe der in der Dermatotherapie üblichen Mittel leicht Nierenreizung herbeiführt und endlich, weil eine Reihe von Eczemen auf gleichzeitig vorhandenem Diabetes mellitus beruht und mit der Besserung desselben schwindet (Eczeme speciell der Genitalgegend). Von den Constitutionsanomalien disponiert die Chlorose zu ausserordentlich hartnäckigen Ekzemen der Hände, so dass in erster Reihe die Bleichsucht zu behandeln wäre. Es verschwinden ferner recht hartnäckige Ekzeme verschiedenster Körperstellen nach Behandlung von Störungen des Verdauungstractus, wobei Badekuren (Karlsbad, Marienbad, Kissingen u. s. w.) zum Ziele führen. Bei Kindern leistet oft Wechsel der Ernährung gute Dienste.

Es muss aber ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das Eczem im frühesten Kindesalter nicht selten gerade gut genährte und vorzüglich sich entwickelnde Kinder befällt. Mar muss sich darüber klar sein, dass diese ausserordentlich hartnäckigen Kinderekzeme meist nach einer gewissen Zeit spontan schwinden. Zu vieles Experimentieren in der Therapie ist deshalb zu verwerfen. Ein hauptsächlicher Factor in der Behandlung dieser Säuglingsekzeme besteht in der Fernhaltung von Schädlichkeiten, zu denen nicht bloss irritierend wirkende äussere Mittel gehören. Besonders zu warnen ist bei einem sonst gut gedeihenden Kinde vor dem Nahrungswechsel speziell Entwöhnen von der Brust.

Mit Rücksicht auf die Wichtigkeit des Gegenstandes seien hier noch einige Massnahmen für die Behandlung des Ekzems im Kindesalter gegeben. Bei der empfindlichen Haut des Kindes muss vor jeder übertriebenen Reinlichkeit d. h. übermässiger Anwendung von Wasser und Seife (Baden) gewarnt werden. Auf den Kopf werden die oben erwähnten Mittel aufgetragen, darüber kommt ein Stück Leinewand und über dieses eine Kappe aus weissem Flanell, an deren unterem Teil einige Bändchen zur Fixierung dienen. Um die Salben auf dem Gesicht haften zu lassen wird eine Maske aus Leinwand aufgelegt, über welche eine zweite etwas grössere aus weissem Flanell kommt, die ebenso wie oben mittelst Bändern befestigt wird. Für umschriebene Ekzeme kann man entweder Pasten ohne Bedeckung oder zweckmässig Zinkoxyd- oder Borsäurepflastermull benutzen lassen kann. Beim Ekzema intertrigo ist abgesehen von der Allgemeinbehandlung die Berührung der erkrankten Hautflächen zu verhindern. Zu dem Zweck wird eine dünne Schicht Verbandwatte (nicht Salicylwatte) zwischen die entsprechenden Stellen gelegt. Um eine schnellere Ueberhäutung zu erzielen, empfiehlt es sich, etwaige Rhagaden, sowie die nässenden Partieen mit 2—3% Argentumlösung einmal täglich zu touchieren, ein Verfahren, das auch an anderen nässenden Körperstellen speziell hinter den Ohren mit Vorteil angewandt wird. Vertragen die Kinder die gebräuchlichen Fette und Puder nicht, so kann man auf dem Kopf auch die feuchte Behandlung mit Kamillentheeumschlägen versuchen, wobei zu bemerken ist, dass nicht jedesmal der Verband erneuert zu werden braucht, dass es vielmehr genügt, die leinene Compresse ab und zu anzufeuchten. Des weiteren kommt als Ersatz der sonst üblichen Fette in Betracht frische, nicht sauere Sahne. Ferner ist man bisweilen genötigt, auf das Vaccinium Myrtilli (Blau-

Digitized by Google

beeren) zu recurrieren. Man lässt dieselben zu dünner Syrupconsistenz einkochen und pinselt sie mit einem Borstenpinsel auf die erkrankten Stellen auf. Es sei hier noch darauf hingewiesen, dass im Allgemeinen beim Kinderekzem sehr energisch wirkende Mittel nicht in Anwendung gebracht werden sollen. So wird man vom Theer nur in Ausnahmefällen Gebrauch machen und wird ihn vielmehr durch schwach weisse Präcipitatsalben (1—5%) ersetzen.

Bei längere Zeit bestehenden Ekzemen wirkt ebenso wie bei vielen anderen Dermatosen der Arsenik. Man giebt ihn innerlich oder subkutan, und zwar innerlich zweckmässig nicht in Form der Solut. Fowleri, sondern als Acid. arsenicosum:

Rp. Sol. acid. arsenicosi 0,01 : 40,0.

S. Theelöffelweise zu nehmen. (1 Theelöffel zu 4 gr = 0,001 Acidi arsenicosi). [Bei Kindern eine Lösung von 0,005 : 40,0]. Man beginnt mit 1 Theelöffel resp. 4 gr und lässt, wenn es vertragen wird, allmählig steigen und dann wieder heruntergehen. Um die ungenaue Dosierung mit Theelöffeln zu vermeiden, empfiehlt sich zur Abmessung ein kleines Mensurglas.

Wird der Arsenik vom Magen aus nicht vertragen, so kann man zur subcutanen Anwendung folgender Lösung übergehen:

Rp. Natr. arsenicosi 0,1
Acidi carbolic. 0,2
Aq. destill. ad 10,0.

M. D. in vitro amplo. S. Aeusserlich, zur subcutanen Injection.

Man beginnt mit der Injection von 3—5 Teilstrichen und steigt allmählich bis auf 2—3 Spritzen. Es ist bei der Injectionsmethode die allerpeinlichste Antisepsis nötig, und man kocht zweckmassig vor jeder Injection das betreffende Quantum in einem Reagensgläschen auf. Trotzdem wird man zur subcutanen Anwendung nur in äussersten Fällen schreiten müssen, wenn das Mittel per os durchaus nicht vertragen wird.

Dass Arsen innerlich unter Vermeidung aller sauren Speisen, auch rohen Obstes und zwar stets nach dem Essen genommen werden muss, ist ebenso bekannt wie die Reihe der ersten Intoxicationssymptome, auf die man die Patienten aufmerksam machen muss, damit sie alsbald das Präparat aussetzen, resp. mit der Dosis schneller heruntergehen. (Magendrücken, Leibschmerz, Durchfall, Fremdkörpergefühl in den Augen, Trockenheit im Hals, Fettigkeitsgefühl auf der Zunge).

Referate.

Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen des Central-Nervensystems bei acuten Infectionskrankheiten. Von Eug. Fraenkel. A. d. neuen allg. Krankenhause zu Hamburg. (Ztschrft. f. Hygiene u. Infections-Krankheiten XXVII. Bd. 3. Hft. 1898.)

Verf. betont die Lückenhaftigkeit unserer Kenntnisse über den anatomischen Character der, den oft sehr schweren Krankheitsbildern bei der Influenza zu Grunde liegenden Prozesse, und dass man aus dem Umstande, dass sich im Verlaufe oder Gefolge einer klinisch eindeutigen Influenza Hirnveränderungen entwickelt haben, nicht ohne

Digitized by Google

Weiteres die Berechtigung herleiten dürfe, in dem Hirnbefund eine auf das gleiche Krankheitsgift zurückzuführende Organläsion zu erblicken, dass vielmehr dazu der Nachweis der specifischen Krankheitserreger in dem erkrankt befundenen Gewebe gehöre. Verf. teilt nun die Sections- und Untersuchungsergebnisse zweier einschlägigen Fälle mit. Im ersten Falle handelt es sich um ein 10 Wochen altes Kind, welches die Erscheinungen einer Bronchitis und eines Darmkatarrhs geboten hatte; im anderen um ein $^3/_4$ Jahre altes Kind, bei welchem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf „tuberculöse Meningitis" gelautet hatte.

Es zeigte sich, dass in diesem ersteren Falle eine schwere Erkrankung der Hirnhäute durch den Influenzabacillus veranlasst worden war, ohne dass, wenigstens zur Zeit des Todes des Kindes, irgendwo sonst im Organismus auf diesen Krankheitserreger zurückzuführende Veränderungen bestanden hätten. Hierbei war besonders wegen der Seltenheit im Vergleich mit anderen Meningitiden beachtenswert, dass sich die Erkrankung in der Hauptsache auf die vordersten Abschnitte des Gehirns beschränkte und dass durch Zerreissung der weichen Hirnhaut das Exsudat in den Schädelraum ausgetreten war. Ausserdem war die Massenhaftigkeit des Exsudates auffällig. Dieser Befund lag auch in dem zweiten Falle vor, jedoch ohne dass es zu einer Zerreissung der deckenden Arachnoidea gekommen war. Verf. betont, dass diese makroskopischen Erscheinungen ebensowenig wie die histologisch-mikroskopischen Untersuchungen ausreichen, um eine Influenza-Meningitis, von der zu sprechen unzweifelhaft Berechtigung vorläge, von den durch den Diplococcus pneumoniae und den Diplococcus Jäger-Weichselbaum erzeugten Meningitiden zu unterscheiden, sondern dass dies allein durch die bacteriologische Untersuchung möglich sei. —

Des weiteren teilt Verf. einen Fall mit, der die Beziehung der fibrinösen Pneumonie zu Erkrankungen des Centralnervensystems klar zu legen geeignet ist. Es handelt sich um ein $1^3/_4$jähriges Kind, welches an einer, wie bei Lebzeiten durch Probepunktion festgestellt wurde, durch den Diplococcus lanceolatus hervorgerufenen Pleuropneumonie erkrankt und trotz Rippenresection ohne nachweisbare Ursache ad exitum gekommen war. Bei der Section zeigte das Gehirn die weichen Häute trübe, oedematös, im Bereich der Unterfläche der Kleinhirnhemisphären eitrig einfiltriert. Hirnsubstanz im Ganzen auffallend weich. Ueber die Convexität der rechten Hirnhälfte, die Rinde durchdringend, auf das Mark übergreifend haemorrhagische, über die Schnittfläche überquellende Herde mit vollkommen verwaschener Zeichnung. Die bacteriologische Untersuchung sowohl des Exsudates als auch der in der Hirnsubstanz vorhandenen haemorrhagisch-encephalitischen Herde zeigte, dass die Gehirnerkrankung aetiologisch mit dem ursprünglichen Leiden übereinstimmte. Durch diese Beobachtung werden die von Anfrecht ausgesprochenen Zweifel über das Vorkommen von Herdaffectionen des Hirns als postpneumonische Erkrankung beseitigt. Ausserdem zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass nicht durch Vermittelung der Blutgefässe, sondern auf dem Wege der perivasculären Lymphbahnen die Ansiedelung und weitere Vermehrung der Mikroben im Hirn und an einzelnen Stellen der Häute desselben erfolgt.

Digitized by Google

Die Gesamtheit der vorstehend mitgeteilten Beobachtungen ist, wie Verf. mit Recht bemerkt, ein Beweis für die Empfänglichkeit gerade des kindlichen Hirns und Rückenmarks gegenüber gewissen Krankheitserregern. Köppen-Norden.

Ueber die interne Darreichung des Diphtherie-Heilserums. Von Natoli. (Gaz. degli osped.-Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 47. 1898.)

N. hat bei einem 13 Monat alten Kinde, welches die Erscheinungen des primären Kehlkopfcroups darbot, Diphtherie-Heilserum intern angewendet und zwar wurde von einem 1000 I. E. enthaltendem Fläschchen des Serums aus dem Mailänder Institute zunächst die Hälfte löffelweise dem Kinde gereicht, dann sechs Stunden später die andere Hälfte. Widerwillen gegen die Einnahme des Serums zeigte das Kind nicht. Die Wirkung der internen Serumdarreichung war eine augenfällige. Innerhalb 24 Stunden begann die Erweichung, Ablösung und Ausstossung der Croupmembranen, bis die Erscheinungen der Larynxstenose vollständig geschwunden waren. Es liegen bereits einige Mitteilungen über die erfolgreiche interne Anwendung des Diphtherieheilserums vor, wenn auch die Wirksamkeit dieses Verfahrens noch aus theoretischen Gründen in Abrede gestellt wird, indem betont wird, dass das Serumglobulin die intakte Schleimhaut des Digestionstractes nicht zu passieren vermag, und um resorbiert zu werden, zuerst verdaut werden muss, wobei es seine antitoxischen Fähigkeiten einbüsst.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Behandlung des Keuchhustens. Von Marfan. (Le Monde méd. deutsche Ausgabe No. 8 1898.)

Bei der Behandlung des Keuchhustens hat man zwei Indikationen zu beachten. Die erste besteht in der Bekämpfung der Zahl und der Vehemenz der Anfälle, eine zweite therapeutische Vorschrift in der Verhütung und Bekämpfung der secundären Bronchial-Infection.

I. Zur Verminderung der Intensität und der Zahl der Hustenanfälle wendet man Antispasmodica an, unter diesen sind die gebräuchlichsten: Belladonna Antipyrin und Bromoform.

a) M. wendet Belladonna nach folgender Formel an:

Rp. Syrup. bellad. 20.0
Syrup tolutan. 100.0
MDS. Als Anfangsdosis bei Kindern bis zu 2 Jahren 1—2 Kaffeelöffel pro die, bis zu 5 Jahren 3 Kaffeelöffel und nach 5 Jahren 5 Kaffeelöffel pro die.

Dieses sind nur Anfangsdosen, später verdoppelt man die Dosis, um zu einer bemerkenswerten Stillung zu gelangen und hört mit der Belladonna auf, wenn man Intoleranz durch Trockenheit des Mundes und des Schlundes charakterisiert, sowie Erweiterung der Pupille konstatiert.

b) Wunderbar gut wird das Antipyrin von den Kindern vertragen, welches leicht die Intensität und die Zahl der Anfälle vermindert, nach folgender Formel:

Rp. Antipyrini 3.0
Syr. Flor aurant 20.0
Aq. destill. 100.0

Digitized by Google

Ein Kaffeelöffel enthält 0,1, ein Theelöffel 0.2 und 1 Esslöffel 0,4 Antipyrin. M. verschreibt bei Kindern unter zwei Jahren 0.20 bis 1 gr, nach zwei Jahren als Initialdosis 1 gr und als Maximaldosis 3 gr. — Man fange immer mit der Minimaldosis an und schon nach 4—5 Tagen sieht man die Frequenz und die Stärke der Anfälle abnehmen. Auch kann man das Antipyrin in Form von Klystieren anwenden, jedoch muss man nur sehr wenig Wasser zur Lösung nehmen, wie z. B. 0,2 Antipyrin in 40 Gramm Wasser; der Erfolg ist ebenso, wie per os. Nur muss man täglich 2 Klystiere geben. Wird der Keuchhusten mit Broncho-Pneumonie compliciert, so darf man Antipyrin nicht geben, da in diesem Falle das Herz ermüdet wird.

c) Durch Bromoform erzielt man folgende Resultate: 1) Werden die Zahl und die Intensität der Anfälle verkürzt. 2) Werden die sekundären Infektionen verhütet und 3) wird die Krankheitszeit verkürzt.

M. verordnet Bromoform in Alkohol- oder Glycerinlösung nach folgender Formel:

Rp. Bromoform 48 qu.
Ol. Amygd. dulc. 15,0
adde Gum. arabic.
Syr. cort. aur. aa. 15,0
Aq. dest. q. s. ut f. 120,0.

Ist die Lösung ordentlich gemacht, so enthält 1 Kaffeelöffel 2 Tropfen Bromoform. Unter 6 Jahren gebe man so oftmal 4 Tropfen, als das Kind Jahre zählt. Hat das Kind 3 Jahre z. B., so giebt man 12 Tropfen. Unter 6 Monaten beginne man mit 1 Tropfen und von 6 Monaten bis 1 Jahr mit 1—2 Tropfen. Nach 6 Jahren beginne man mit 20 Tropfen. und verstärkt dann die Dosis um 2 Tropfen pro die. In den ersten 2—3 Tagen kann es vorkommen, dass die Zahl und Heftigkeit der Anfälle verstärkt erscheinen, allein schon am 3. oder 4. Tage beobachtet man schon eine Verminderung und Linderung, welche gradatim fortschreitet. Das Bromoform gelingt jedoch nicht immer, hie und da ist seine Anwendung vollständig resultatlos; man muss alsdann auf das Antipyrin zurückgreifen. In Fällen, wo Belladonna, Antipyrin und Bromoform ohne Erfolg angewendet wurden, hat man hie und da Glück mit einer Verbindung von Antipyrin und Belladonna nach folgender Formel:

Rp. Antipyr. 3,0
Syr. Belladonn. 20,0
Aq. destill. 100,0.

M. beginnt gewöhnlich seine Behandlung mit Bromoform; alsdann giebt er Antipyrin, darnach Belladonna und zum Schluss Antipyrin mit Belladonna verbunden. — Bis jetzt giebt Bromoform die besten Resultate; wenn Intoxikationserscheinungen wie z. B. Coma auftreten, so muss man das Mittel aussetzen. Das Antipyrin giebt sicherere Resultate als Belladonna, jedoch verwerfe man dieses nicht, da es oft dort gute Resultate giebt, wo Antipyrin ohne Erfolg angewendet wird.

II. Die zweite Indikation besteht in der Verhütung und in der Bekämpfung der sekundären Luftröhreninfektion, welche entweder durch Selbstinfektion oder durch Ansteckung entsteht.

Durch Antisepsis der vorderen Luftwege erreicht man oft schon günstige Resultate. Beim ersten Erscheinen von Infektionsspuren wende

Digitized by Google

man Unguentum Resorcini oder Mentholöl an; bemerkt man Ulcerationen an den Lippen oder Wangen, so nehme man Betupfungen mit einem ziemlich starken Topicum vor.

Zum Schlusse giebt M. noch einige hygienische Anleitungen für die am Keuchhusten Erkrankten an: Bekommt ein Kind einen Anfall, so darf man dasselbe sich nicht selbst überlassen, man muss ihm die Stirne mit der Hand stützen, dadurch verhindert man die Anfälle ganz bedeutend und erleichtert zugleich den Kranken. Bezüglich des Ausgehens des Patienten gestattet M. dasselbe nur dann, wenn neben dem Hause ein geschützter Garten ist, sonst gestattet er wegen der Infektionsgefahr das Ausgehen nicht. — Das Zimmer des Kranken muss zur Sonnenseite liegen und sehr oft ventiliert werden. Sehr vorteilhaft ist es, wenn man ein Zimmer während des Tages, ein anderes während der Nacht bewohnen kann; diese so einfache Einrichtung vermindert häufig die Zahl und die Heftigkeit der Anfälle. Ist der Kranke in der Abnahmeperiode angelangt, so verschwindet der hartnäckige Husten oft infolge einer Wohnungsveränderung.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Urethritis gonorrhoica bei Kindern männlichen Geschlechtes. (Mitgeteilt am XII. internationalen med. Congress in Moskau). Von Imerwol. (Arch. für Kinderheilk. 25. Band 1898.)

Nachdem schon früher vielfach als Erreger der Vulvovaginitis kleiner Mädchen der Neisser'sche Gonococcus festgestellt war, hat erst im letzten Jahrzehnt eine Reihe von Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass sehr häufig auch bei Knaben die Urethritis gonorrhoischen Charakters ist. Bis dahin hatte man sie als rein katarrhalisch gedeutet, hervorgerufen entweder reflectorisch, z. B. bei Würmern, oder durch die verschiedenartigsten mechanischen oder chemischen Reizungen.

J. kommt auf Grund sorgfältiger Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die grosse Mehrzahl der eitrigen Urethrititen den Gonococcus zur Ursache hat. Er giebt 10 Krankengeschichten von Patienten im Alter von $1^1/_2$—11 Jahren. In 9 Fällen wurde der Gonococcus gefunden, ein Fall blieb aus der Behandlung weg, bevor untersucht werden konnte. 2 Fälle waren chronisch, 8 akut. Von diesen litten 6 an Urethritis anterior, in 2 Fällen war die Erkrankung der ganzen Harnröhre mit Epididymitis compliciert. Meist lag Infektion von Person zu Person vor, in 2 Fällen durch Coitusversuche.

Symptome und Verlauf sind ziemlich dieselben wie beim Erwachsenen. Der Beginn äusserte sich bei circumcisierten Präputien durch Schmerzen beim Urinieren und Sekretion. Bei intaktem Präputium dagegen fand man anfangs eine Balanitis, erst nach Abklingen derselben trat die Urethritis in den Vordergrund. Ein häufiges Symptom während ihres Verlaufes war Enuresis nocturna. Zum Unterschied von der rein katarrhalischen Urethritis, die nach einigen adstringierenden Injectionen verschwindet und nicht chronisch wird, beanspruchte ihre Behandlung mindestens 3 Wochen.

Epididymitis trat in demselben Verhältnis wie bei Erwachsenen auf. In der Litteratur werden auch Fälle von Cystitis angeführt. Bei ungenügender Behandlung kann es zu Strikturen kommen.

Digitized by Google

Therapeutisch ist ähnlich wie beim Erwachsenen zu verfahren. Angezeigt ist Bettruhe. Falls diese nicht durchführbar, muss ein Suspensorium getragen werden. Scharf gewürzte Speisen und Alcoholica sind zu vermeiden. Die Balanitis wird mittels antiseptischer Umschläge und Ausspülungen des Präputialsackes behandelt. Gegen die Urethritis giebt man zu Anfang innerlich Balsamica, am besten Balsam. Copaïvae 2—3 mal tägl. 5—10 Tropfen). Erst nach Ablauf der Akme, etwa in der 2. Woche, beginnt man mit Injektionen und zwar in den ersten Tagen mittels Sublimat (0,01 : 70,0), später mit Kal. permangan, (0,1—0,3 : 300,0) 2 mal täglich. Die Injectionen sind oft schmerzhaft, dann ist vorher mit 1% Cocaïnlösung zu anästhesieren. Bei Hyperästhesie wurde mit Erfolg angewendet eine Lösung von Airol. 2, Glycerin 15, Aq. dest. 5, Cocaïn. mur. 0,2.

Ist auch die Urethra post. ergriffen, so muss mit grösserem Druck bis in die Blase hinein injiciert werden. Bei Epididymitis wurde mit Eis und Ung. cin. oder Ichthyolvaselin behandelt. Bei chronischer Urethritis wurden Bougies oder Einträuflungen mit Silbernitrat (1 : 50—1 : 20) nach Guinon angewendet. Friedmann-Beuthen O.-S.

Ueber Pericarditis im Kindesalter Von Baginsky. (Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 48 und 49.)

Verf. schliesst sich den Autoren an, weche die Pericarditis als eine sehr häufige Erkrankung des kindlichen Altlers betrachten und ihre Gefahren hoch anschlagen. Von seinen 64 Fällen kam die Mehrzahl bei Polyarthritis rheumatica (24) vor, auf gleichzeitige Pneumonie und Tuberkulose waren je 11 zurückzuführen; die übrigen verteilen sich auf verschiedene eitrige und septische Infektionen.

Die Pericarditis tritt bei Kindern in allen denjenigen Formen auf, welche auch bei Erwachsenen zur Beobachtung kommen, als seröse, serös-blutige, eitrige und fibrinöse Form, wobei allerdings gerade bei den jüngsten Altersstufen die eitrige Form in relativer Häufigkeit sich zeigt, und überdies die Neigung zu fibrinösen Niederschlägen mit frühzeitiger, teils circumscripter, teils ausgedehnter Verlötung der beiden Pericardialblätter sicherlich grösser ist, als bei Erwachsenen. Dies aber gerade macht wegen der damit einhergehenden pathologischen Veränderung des Myocard und der Erschwerung der Herzaktion den gesamten Prozess zu einem schwierigen und ernsten, umsomehr dann, wenn gleichzeitig, wie in der Mehrzahl der Fälle geschieht, endocarditische Prozesse zu Zerstörung der Klappen führen und in deren Gefolge Dilatation und Hypertrophie des Herzens sich dem pericarditischen Prozesse hinzugesellen.

Es ist eine beklagenswerte Erscheinung, dass wir, so schätzenswert die neuere Therapie der Polyarthritis mit den antiseptischen Präparaten, von der Salicylsäure angefangen bis zum Salophen, für Entfieberung der Kranken und die Schmerzstillung auch sein mag, dennoch der Thatsache gegenüberstehen, dass damit gegen die rheumatischen Herzaffectionen, insbesondere gegen die Pericarditis, wenigstens bei Kindern wenig auszurichten ist. Die rheumatischen Erkrankungen des Herzens sind heute noch wie früher mit zu den allerschwersten Affektionen im Kindesalter zu rechnen.

Palliativ werden wir den Kindern mit der Anwendung von Eis aufs Herz, Ichthyolsalben und innerlichem Gebrauch der Digitalis wie der

Digitized by Google

Tct. Strophanti zu Hilfe kommen können. Ganz besonders aber ist hervorzuheben, dass sich Verf. den schweren Erscheinungen der Herzinsufficienz mit vermindeter Diurese, Hydrops und Orthopnoe gegenüber die kombinierte Anwendung von grösseren Diuretingaben (4—5 gr pro die) mit Digitalis oder Strophantus ganz ausserordentlich bewährt hat, und dass er unter derselben selbst die schlimmsten und bedrohlichsten Erscheinungen bis zur vollkommensten Euphorie für einige Zeit hat zurückgehen sehen. Anderweitige palliative therapeutische Massnahmen werden je nach den Symptomen verschieden zu gestalten sein.

Klautsch, Halle a. S.

Die chronische seröse Peritonitis. Von N. Filatow. (Arch. für Kinderheilkunde Bd. XXV. Heft 1—2. 1898.)

Verf. erörtert drei Fragen: I. Existirt überhaupt eine chronische seröse Bauchfellentzündung als selbstständige Krankheit d. h. unabhängig von der Tuberkulose; II. kann sie, falls sie existirt, nach den Symptomen von der tuberkulösen Peritonitis unterschieden werden, und III. die Frage über ihre Therapie.

Auf Grund der bisherigen Literatur wird die erste Frage bejaht, ebenfalls die zweite und zwar werden als differential-diagnostische Momente hervorgehoben: Die tuberkulöse Peritonitis kommt gewöhnlich bei hereditär belasteten oder anderweitige Zeichen von Tuberkulose bietenden Kindern vor, während dies bei der einfachen chr. P. nicht der Fall ist. Oft ist bei der letzteren Anlage zum Durchfall festzustellen; einigemal ist eine Erkältung oder eine acute Infectionskrankheit vorangegangen. Das Allgemeinbefinden leidet bei der einfachen P. nicht so stark wie bei der tuberkulösen, der Verfall ist lange nicht so bedeutend. Für die tuberkulöse Peritonitis ist eine bedeutende Spannung der Bauchwand und die dadurch bedingte ovale Form des Leibes sehr characteristisch; einzelne Stellen des Leibes erweisen sich bei Druck schmerzhaft, hier und da lassen sich Verhärtungen durchfühlen. Ausserdem findet sich Fluctuation, welche oft wegen der Verwachsungen (Absackungen) sich beim Lagewechsel nicht ändert. Das einzige Symptom der einfachen chr. s. Peritonitis ist ein starker Ascites bei nicht gespanntem, nicht schmerzhaften, kugelförmigen Leibe ohne Verhärtungen und Verwachsungen, weswegen der gedämpfte Schall sich bei Lagewechsel ändert. Der Verlauf der tuberkulösen P. ist der, dass sie nach 6—12 Monaten sich selbst überlassen unter Entkräftung zum Tode führt, während die einfache P. nach 2—3 Monaten stationär bleibt und dann fast immer ausheilt.

Therapeutisch genügen in der Regel diätetisch-hygienische Massnahmen. Bei grösserer Ansammlung von Flüssigkeit sah Hensch gute Erfolge von der Punktion, bei Wiederansammlung vom Bauchschnitt. Dass letzterer nicht immer zum Ziele führt, beweist der vom Verf. mitgetheilte Fall.

Köppen-Norden.

Verätzung der Mastdarmschleimhaut. Von Bittner. (Nach einem Referate in der »Heilkunde«, No. 8, 1898).

Im Vereine deutscher Aerzte in Prag stellt B. ein Kind vor, das mit einem grossen Tumor in abdomine ins Krankenhaus gebracht wurde. Die Untersuchung zeigte eine hochgradige Stenose am Sphincter ani,

Digitized by Google

die Kotmassen gingen in Form von dünnen Fäden ab. Da aber die Mutter des Kindes eine Operation nicht zugeben wollte, wurden dem Kinde Laxantien gegeben, wonach sehr reichliche flüssige Stuhlentleerungen erfolgten und der Tumor im Abdomen allmählich vollkommen verschwand, so dass derselbe nur auf eine enorme Kotstauung zurückgeführt werden musste. Das Kind verliess das Krankenhaus, kam aber nach einigen Wochen mit denselben Erscheinungen wieder. Da jetzt die Mutter die Operation gestattete, trennte man zunächst mit dem Thermokauter den Sphincter ani und fand, dass derselbe, sowie der unterste Abschnitt des rectums hochgradig narbig strikturiert waren. Ueber der Striktur war der Darm enorm ausgedehnt. Da keine Anhaltspunkte in der Anamnese für Lues oder Tuberkulose vorhanden waren, die Art der Strikturierung übrigens nicht diesen Krankheiten entsprach, musste man an eine Verätzung durch chemische Agentien denken. Die in dieser Richtung mit der Mutter aufgenommene Anamnese ergab nun, dass das Kind an Stuhlverstopfung gelitten hatte und die Mutter dielelbe lange Zeit mit Seifenzäpfchen behandelt hatte. Durch diese scheint eine Verätzung der Mastdarmschleimhaut erzeugt worden zu sein und durch Infektion durch die Stuhlmassen kam es dann zu tiefgreifenden Entzündungen, die mit Narbenbildung ausheilten.

Dr. Goldbaum (Wien).

Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig. Von v. Holwede. (Jahrbuch für Kinderheilkunde, XLVIII. Band 1898.)

Die Epidemie währte von Mitte Januar bis gegen Ende März 1898. Sie ergriff 42 Kinder — ausschliesslich Mädchen — im Alter von 8 bis 14 Jahren. Die einzelnen Fälle verliefen im Wesentlichen gleich: Unter Kopfschmerzen und Zittern trat eine allgemeine Schlaffheit ein, der ein rauschähnlicher Zustand folgte; nur bei Wenigen wurden schwach ausgeprägte klonische Krämpfe beobachtet. Während des Schlafes, aus dem die Kinder durch kein Mittel zu erwecken waren, dauerte dasZittern an, die Augen standen unter Thränen, die Pupillen reagierten träge, das Gesicht war gerötet. Bei Druck auf die Nackenmuskulatur erfolgten Abwehrbewegungen. Nach durchschnittlich $^1/_2$ Stunde erwachten die Kinder, konnten sich nur schwer besinnen und begannen mit unsicheren Schritten umherzugehen. Das zuerst befallene Mädchen war vollkommen gesund und entstammt einer durchaus gesunden Familie; unter den später Erkrankten zeigten einige nervöse Disposition. Von 15 Klassen wurden allmählich 8 ergriffen. Knaben erkrankten, obgleich in demselben, übrigens anerkannt gut und modern gebauten Schulhause untergebracht, nicht. Irgendwelche Mängel in der sanitären Einrichtung der Schulräume waren nicht zu ermitteln.

Der Unterricht wurde auf 8 Tage ausgesetzt, ohne Erfolg, im Gegenteil, selbst im Hause der Kinder wurden nun Anfälle beobachtet. An der hysterischen Natur derselben war nicht zu zweifeln. Für ihre Aetiologie wird als bemerkenswert der Umstand angeführt, dass die zuerst befallene Klasse unter der Leitung eines sehr nachsichtigen Lehrers stehend, in ihren Leistungen sehr zurückgeblieben war und kurz vor Ausbruch der Epidemie wegen einer bevorstehenden Prüfung ganz

Digitized by Google

abnormen Anforderungen unterworfen wurde, welche die Geistesthätigkeit der Kinder intensiv in Anspruch nahmen.

Für die Behandlung wesentlich ist eine schnelle Diagnose der ersten Fälle, um diese alsbald für längere Zeit fernzuhalten. Die Öffentlichkeit ist möglichst zu beruhigen, da die sonst bei den Eltern der Schulkinder eintretende Erregung sich diesen mitteilt und somit die Ausbreitung der Epidemie begünstigt. Friedmann-Beuthen.

Ueber die Resorption von Salzwasserklystieren und die therapeutischen Verwertung .dieser Thatsache. Von V. Eltz. (Therap. Monatsh. 1898, 9).

Verf. hat die Erfahrung gemacht, dass lauwarme Darmeingiessungen von physiologischer Kochsalzlösung, in Menge und Temperatur nach der Empfindlichkeit des Individuums abgestuft, selbst wenn ihnen Stuhlgang folgte, stets zur Hälfte, oft noch mehr im Körper zurückgehalten werden. Unentschieden lässt Verf., ob lediglich die Flüssigkeitsaufnahme oder der Salzgehalt das Wirksame ist. Jedenfalls zeigte sich besonders in Verbindung mit Liebermeister'schen Einpackungen eine lebhafte Steigerung der Diurese und Diaphorese, vorzüglich in den früheren Stadien der chronischen und bei der akuten Form der Nephritis. „Was die gründliche Durchwaschung der Niere überhaupt zu leisten vermag, das kann auf diese Weise ohne Überanstrengung des Magens geschehen." Nicht zu unterschätzen ist auch der Vorteil, welcher der Herzthätigkeit durch die Ausschaltung der vom überlasteten Magen ausgehenden Reflexe erwächst. Als Indikationen bezeichnet E., ausser Nephritis und besonders chronischer Urämie, Magenatonie, wie sie häufig Nephritis concomitirt, acute Blutverluste, Hyperemesis gravidarum, Fälle, wo Ernährung per anum geboten, und die Zufuhr von Flüssigkeit notwendiger sein kann als die der sog. Nährstoffe. — Besonders beachtenswert ist ein Fall von Pertussis. Das Kind hatte mehrere Tage lang alles, selbst jeden Tropfen Wasser erbrochen und litt seit 2 Tagen an nahezu kompleter Anurie. Die wenigen Tropfen äusserst concentrierten Harnes riefen solche Schmerzen in der Harnröhre hervor, dass das Kind gar nicht mehr zum Urinieren zu bewegen war. Nach einigen Salzwasserirrigationen zu ca. $^1/_4$ Liter war der quälende Zustand völlig gehoben.

v. Boltenstern-Bremen.

Ueber die grundlegenden Gesichtspunkte und Methoden der modernen Skoliosentherapie. Von Dolega. (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, V Band 1898.)

Jede echte Skoliose ist anfangs eine habituelle Ermüdungshaltung.*) Diese schafft veränderte Belastungsverhältnisse und weiterhin die Belastungs-Difformität. Demgemäss besteht die Aufgabe der Behandlung

---

* Wie notwendig es ist, diesen Zusammenhang immer wieder zu betonen, darüber belehrte mich neulich folgendes Vorkommnis in der Praxis: Es wurde mir von auswärts ein etwa 8jähriges Mädchen zugeführt, das bei schlaffem Dastehen diese Ermüdungshaltung ganz augenfällig zeigte. Die Eltern, die das bemerkt hatten, beruhigte der Hausarzt mit der Versicherung, dass das Kind sich schon gerade halten würde, wenn es erst anfangen würde, eitel zu werden. Eine Behandlung sei überflüssig. (Referent.)

Digitized by Google

darin, diese fehlerhafte Belastung durch Beeinflussung der Körperhaltung möglichst zu kompensieren. Ein wichtiger Bundesgenosse ist eine gesundheitsgemässe Entwicklung des gesamten Körpers.

Die Mittel der modernen Skoliosentherapie scheiden sich in vier Gruppen:

1) Eine allgemeine wie specialisierte Gymnastik in Verbindung mit Massage. Die Gymnastik sucht im antistatischen Sinne zu wirken einmal durch Haltungs- und allgemein roborierende Übungen, dann im engeren Sinne durch Umkrümmungsübungen. Die Muskulatur insbesondere des Rückens kräftigt nebenher die Massage.

2) Suspension. Dieselbe flacht seitliche und antero-posteriore Krümmungen der Wirbelsäule ab, dehnt die kontrahierten Muskeln und Bänder und entlastet die falsch belastete Wirbelsäule. Sie ist zugleich diagnostisch und prognostisch vewertbar, indem sie über die Mobilität und den Grad ihrer Beeinflussbarkeit durch Zug mittels des Körpergewichts Aufschluss giebt. Sie erfolgt entweder vertikal oder auf der schiefen Ebene.

3) Das methodische Redressement. Es sind das manuell oder maschinell ausgeführte Manipulationen, die darauf hinwirken, die Krümmungen der Wirbelsäule und der Rippen sowie die Verschiebung des Beckens zum Thorax möglichst auszugleichen. Es geschieht das entweder in liegender oder aufrechter Haltung. Für ersteren Zweck kommen hauptsächlich in Betracht der sogen. Wolm, ferner die Zander'schen Lagerungsapparate und, ganz besonders für den Nachtgebrauch, die Detorsionsbetten nach Lorenz. Bei aufrechter Haltung wirken der durch Hoffa, später durch Dolega modificierte Barwell'sche Rippenbuckelapparat, ferner der Detorsionsapparat nach Schede und Hoffa, der durch Dolega selbst eine weitere zweckentsprechende Modification erfahren hat.

4) Portative Stützapparate. Dieselben sollen dazu dienen, die bestmögliche Haltung des skoliotischen Kindes über den ganzen Tag hin zu einer dauernden zu machen. Diesen Zweck erfüllen die sogenannten orthopädischen Corsetts. Am besten haben sich die Stoffcorsetts bewährt.

Zur Illustration des Textes dienen eine Reihe vorzüglicher Abbildungen der hauptsächlich in Betracht kommenden Apparate.

Friedmann-Beuthen.

Frühzeitige Ovariotomie. Von Power. (British medical Journal. — Allg. medicinische Zeitung No. 14, 1898).

P. berichtet einen Fall von Ovariotomie bei einem 4 Monate alten Mädchen. Das Kind war seit 3 Wochen krank; ohne dass es Schmerzen äusserte, nahm der Unterleib des Kindes stetig an Umfang zu. Als es im Spital aufgenommen wurde, hatte das Abdomen eine verhältnismässig enorme Ausdehnung und mass im Umfange zwei Finger weit unterhalb des Nabels 20 Zoll und $10^1/_2$ Zoll von der Symphysis ossium pubis zum processus xiphoideus. Der Unterleib war gespannt, die Percussion dumpf mit Ausnahme der linken Flanke und der matte Schall wechselte nicht bei Lageveränderung. Der Urin war normal und Oedeme in den Beinen bestanden nicht.

Man machte die Laparotomie und bald kam eine dickwandige Cyste zum Vorschein, diese wurde punktiert, sodann ein ausgiebiger Ein-

Digitized by Google

schnitt gemacht, es entleerte sich aus derselben eine klare, gelbliche Flüssigkeit, in der Quantität von ungefähr 1800 g. Die Cyste war mit einem Stiel versehen, der auf gewöhnliche Art mit einem Seidenfaden unterbunden, sodann abgeschnitten und in die Bauchhöhle zurückgelegt wurde.

Das Kind vertrug die Operation sehr gut und verliess nach 14 Tagen geheilt das Spital. Die Cyste bildete einen einfachen Sack, der innerhalb seiner Wandungen einen oder zwei Kerne enthielt, die ihrerseits eine Cysten-Degeneration eingegangen waren.

Goldbaum (Wien.)

Ueber typische Osteomalacie im Kindesalter. Von Siegert. (Münch. med. Wochenschrift. 1898, No. 44.)

Verf. fügt zunächst 3 aus der Litteratur gesammelten Fällen von infantiler Osteomalacie einen eigenen, vom ersten Beginn an bis zum Tode beobachteten hinzu, und fasst dann das allen 4 Fällen Gemeinsame in folgende Sätze zusammen: Was das Geschlecht angeht, so ist nur 1 mal das männliche betroffen, 3mal wird das Ueberstehen einer leicht in vollständige Heilung übergegangenen Rachitis in der frühesten Kindheit hervorgehoben. Alle Kranken verharren in gänzlich infantilem Habitus, eine Menstruation bis zum Tode mit 16, selbst 19 Jahren erfolgt so wenig, wie die Evolution der Genitalien bei dem Knaben im 9. Lebensjahre. 1mal mit 10, 2 mal mit 13, 1 mal mit 15 Jahren einsetzend, führt die Osteomalacie 3 mal nach 3jähr., 1 mal nach 6jähr. Verlauf immer zunehmend zum Tode. An den unteren Extremitäten, welche in allen Fällen spontane Fracturen aufweisen, stets unter heftigen Schmerzen beginnend, führt die Krankheit zur Verminderung der Körperlänge, zu welcher die Kyphoscoliose und die Verbiegung der unteren Extremitäten mitwirkt. Die ganze abnorme Weichheit aller das typische Bild der Osteomalacie darbietenden Knochen fehlt in keinem Falle. Wo positive Angaben vorliegen, findet sich in beiden Geschlechtern das ostemalacische Becken, die Beteiligung der Arme und des Thorax in geringem, des Schädels im geringsten Masse.

Klautsch-Halle a. S.

Gesundheitspflege.

— Die Grenzen der schulärztlichen Thätigkeit. Nach einem Vortrage, gehalten von Alexander Edel in der deutschen Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1898, No. 10.)

Die seit über 30 Jahren zur Discussion stehende Schularztfrage hat bis jetzt nur unbedeutende Resultate zu verzeichnen. Die Hausärzte sowohl wie die Lehrer und sogar die Architecten sind gegen diese Institution. Die Einen befürchten eine materielle Schädigung, die Anderen eine Einschränkung ihrer Autorität. Alle diese Befürchtungen werden sich als unbegründet erweisen. Der Schularzt soll nicht behandelnder Arzt, sondern lediglich ärztlicher Sachverständiger der Schule sein, für den Lehrer und Architecten nicht Vorstand, sondern Beistand.

Digitized by Google

Vor allem soll jedes in die Schule eintretende Kind ein ärztliches Attest mitbringen, das seinen früheren und gegenwärtigen Gesundheitszustand bezeugt und dem Schularzt vorgelegt wird. Dasselbe bildet die Grundlage eines Gesundheitsbuches, in das mindestens halbjährliche Eintragungen über den augenblicklichen Gesundheitszustand des Kindes gemacht werden. Man wird hieraus den Einfluss des Unterrichts nach Geschlecht, Jahreszeiten usw. ersehen. Es soll durchaus nicht Sache des Schularztes sein, in poliklinischer Sprechstunde die erkrankten Kinder zu behandeln. Dagegen soll er in bestimmten Intervallen der Schule seinen Besuch machen und sich vom Lehrer alle diesem körperlich oder geistig anomal erscheinenden Kinder vorführen lassen. Bei Infectionskrankheiten hat er die Prohibitivmittel anzugeben.

Ein gedeihliches Zusammenwirken von Arzt und Lehrer würde um so leichter herbeizuführen sein, wenn auf den Seminarien die Hygiene gelehrt und geprüft würde.

Über den Zusammenhang von Unterricht und Ermüdung soll der Schularzt nicht beliebig während der Schulstunden Untersuchungen anstellen, sondern nach einem vorher mit dem Klassenlehrer verabredeten Plane. Denn hier bedarf der Arzt ebenso sehr des Pädagogen, als dieser des Arztes.

Der Turnunterricht muss unter Mitwirkung des Schularztes reformiert werden dahin, dass häufiger und möglichst im Freien geturnt wird, und dass dabei weniger das sportmässige und militärische, als das kräftigende Moment berücksichtigt wird.

Mit berechtigter Schärfe wendet sich E. gegen das Abschlussexamen bei der Versetzung nach Obersecunda, das dem Schüler genau dasselbe Arbeitsquantum aufbürdet als dem Abiturienten, der überdies noch durch die nach dem Examen in Aussicht stehende Freiheit des Studententums angespornt und entschädigt wird.

Friedmann-Beuthen.

— Ueber die Mortalität in Säuglingsspitälern. Von Szalérdi. (Gyogyaszat. 6. November 1898).

S. beweist, gestützt auf statistische Daten, dass Säuglingsspitäler notwendig seien und ebenso segensreich wirken wie andere Spitäler. Die Statistik S.'s bezieht sich auf eine 12jährige Erfahrung in der Landesfindelanstalt und diese zeigt, dass die Mortalität nicht höher sein darf, als höchstens 15—18%. Sz. gelang es, die Mortalität so zu restringieren, dass sie in der Landesfindelanstalt „Weisses Kreuz" 5% nie überstieg. Vom 1. September 1897 bis 1. September 1898 erkrankten von 1325 Säuglingen 446, von diesen starben 49. Mortalität 3,6%. Von diesen 446 Erkrankungen entfallen 123 auf Magendarmerkrankungen, also 32·9% der Gesamterkrankungen. Die Mortalität der Magendarmerkrankungen beträgt 7·3%. Von sämtlichen Pfleglingen haben nur 3·6% nicht zugenommen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Rezensionen.

Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. Von Privatdocent Dr. Norbert Ortner. 2 Bde. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1898. Preis 17 Mark.

Verfasser hat es sich angelegen sein lassen, bei der Bearbeitung dieser Vorlesungen dem jungen Arzte speciell mit Rücksicht auf die Art der Ausführung aller therapeutischen Massnahmen am Krankenbette an die Hand zu gehen, ihm das Wie und Warum derselben in Kürze, doch in hinreichender Klarheit auseinander zu legen, ihm bei der Wahl der bei den einzelnen Erkrankungen unter den mannigfaltigen Specialindikationen empfehlenswerten Bade- und Mineralwasserkuren und namentlich auch deren Durchführung im Hause einen Führer zu bieten. Bei den medikamentösen Verordnungen ist in der Regel auch deren Wirkungsweise kurz skizziert, und so die Pharmakotherapie für den praktischen Arzt aus einer Sache des Gedächtnisses zu einer Sache des Verständnisses gemacht. Von der Bearbeitung ausgeschlossen ist die Therapie der Nervenkrankheiten; die Therapie der Infektionskrankheiten ist von Docent Dr. Frühwald ausgearbeitet. Als ein grosser Vorzug des Werkes ist es zu betrachten, dass der Verf. den Bedürfnissen der Mehrzahl der praktischen Aerzte entsprechend nur das in 9jähriger ununterbrochener Spitalserfahrung persönlich Erprobte wiedergiebt. Während im Allgemeinen Verf. jedesmal direkt in die specielle Therapie des zu behandelnden Kapitels eintritt, hat er, um vielfachen unvermeidlichen Wiederholungen aus dem Wege zu gehen, den Abschnitten über die specielle Therapie der Stoffwechselerkrankungen sowie der Magen- und Darmkrankheiten mehr allgemein gehaltene Bemerkungen vorausgeschickt. Das Werk wird sicher den Rat suchenden Aerzten und Studierenden ein in jeder Hinsicht empfehlenswerter Berater sein.

Klautsch, Halle a. S.

Studien über die hereditäre Syphilis. Von Dr. Carl Hochsinger. Erster Teil. Mit vier chromolithographischen Tafeln und neun in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke, 1898,

Das Werk, welches als 5. Heft der von Professor Kassowitz herausgegebenen „Beiträge zur Kinderheilkunde aus dem I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien" erscheint, von dem bisher der erste Teil vorliegt, stellt keine Monographie der hereditären Syphilis im eigentlichen Sinne dar. Es sind hier vielmehr die Resultate eigener Forschungen niedergelegt, die Verf. während eines Zeitraumes von 15 Jahren bei seiner Thätigkeit an dem von Kassowitz geleiteten ersten öffentlichen Kinder-Krankenhausinstitute in Wien anzustellen Gelegenheit hatte. Mehr als 400 Fälle von hereditärer Syphilis standen dem Autor bei der Abfassung seines Werkes zur Verfügung, und dass diese Fälle in jeder Hinsicht wissenschaftlich ausgenutzt sind, dafür dienen die zahlreich mitgeteilten Krankengeschichten als Beweis. Der bisher edirte erste Teil behandelt die Pathologie, Anatomie und Klinik der diffusen, kutanen und visceralen Manifestationsformen der hereditären Frühsyphilis. Bei dem Umfange des Werkes — der erste Band allein umfasst 440 Seiten —

Digitized by Google

müssen wir uns versagen, auf Einzelnheiten einzugehen. Das, was hier geboten wird, legt ein glänzendes Zeugnis ab von dem Riesenfleisse, von der ausserordentlichen Sorgfalt, mit der Verf. die Aufgabe, die er sich gestellt, gelöst hat. Das Buch ist nicht nur für den engen Kreis der Syphilidologen und Paediater von Wert; ach jeder praktischee Arzt wird von dem Studium des Hochsingerschen Werkes grossen Nutzen haben; behandelt es doch ein Gebiet, das gerade für den in der allgemeinen Praxis stehenden Arzt von hervorragender Wichtigkeit ist, dessen Kenntnis ihn vor manchem diagnostischen Irrtum und den daraus resultierenden Folgen bewahren wird. Dankbar anzuerkennen ist, dass Verf. auch der Terminologie zn ihrem Rechte zu verhelfen bestrebt war, wie u. A. daraus hervorgeht, dass er gegen die Bezeichnung „syphilitisches Ekzem" Verwahrung einlegt. Edmund Saalfeld, Berlin.

Fortschritte in der Erkenntnis und Behandlung der Magendarmkrankheiten beim Säugling. Von Dr. R. Fischl. Med. Wandervorträge Heft 53. Berlin 1898. Einzelpreis 50 Pfg.

Nachdem Verf. die Haupt-Unterschiede der Frauen- und Kuh-Milch kurz erörtert, bespricht er gleichfalls mit wenigen Worten die Methoden der künstlichen Ernährung, um dann eine Uebersicht über die Einteilung der Verdauungskrankheiten zu geben, an welche er eine Besprechung über die Aetiologie anschliesst. Ziemlich ausführlich wird die mechanische und medicamentöse Therapie geschildert.

Der Vortrag erfüllt seinen Zweck, Aerzten, welche sich nicht speciell mit der Kinderheilkunde beschäftigen, einen Ueberblick über den jetzigen Stand der betr. Frage zu geben. Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Zur Diphteriestaiistik. Von S. Purjesz. Im Anschluss an eine Arbeit von Kossel (Deutsch med. Wochenschr. 1889, 15) kritisiert Verf. die Diphtheriestatistik, welche den Wert des Heilserum beweisen soll. Spricht einmal alles dafür, dass heutzage die Diphtherie einen viel milderen Charakter angenommen hat, als früher, so unterscheiden sich auch die herangezogenen Fälle sehr wesentlich von einander. Ja „ohne jede Gefahr des Heilerfolges ist es ganz unserer Willkür überlassen, die Statistik der mit oder der ohne Serum Behandelten zu verbessern oder zu verschlimmern." Die bisherigen Daten beweisen keineswegs, dass Diphtheriekranke in um so grösserer Zahl heilen, je früher ihnen das Serum beigebracht wird. Aus ihnen kann man weder erkennen, dass das Serum als Specificum wirkt, noch dass es überhaupt auf den Verlauf der Diphtherie eine Wirkung äussert. (Therap. Monatsh. 98.) v. Boltenstern (Bremen).

— Hat die Phosphorbehandlung der Rachitis eine wissenschaftliche Begründung? Von S. Mira und W. Streltzner. Die Verf. verneinen auf Grund ihrer Tierversuche diese Frage. Niemals wird durch die Phosphorbehandlung Kalkablagerung in pathologischer Weise kalkloser, osteoider Substanz bewirkt. Wohl aber erfolgt unter dem Einfluss der Phosphorfütterung die Bildung sclerotischer

Digitized by Google

statt der normalen Spongiosa. Diesr Effekt tritt auch auch dann ein, wenn der Knochen aus anderen Gründen die Tendenz zum Poröswerden hat. Da eine Sclerose und Porose wirklich reine Gegensätze sind, so kann man den Phosphor als direktes Heilmittel der Osteoporose bezeichnen. Dagegen behaupten die Verf., dass bei der eigentlichen Rachitis die anatomischen Verhältnisse ganz anders liegen und erklären es für willkürlich und unzulässig, den Phosphor auf Grund seiner sclerosierenden Eigenschaften als dasjenige Specificum hinzustellen, welches die Rachitis in ihrer anatomischen Grundlage bekämpft. (Jahrb. f. Kinderheilk. 98.) Klautsch, Halle a. S.

— Die Scrophulose des Auges in ihren Beziehungen zum Geschlecht und Lebensalter. Von Guttmann. Die aus einem Material von beinahe 40000 Augenkranken aus den Jahren 1883—98 der Magnus'schen Augenklinik in Breslau gewonnenen Resultate lauten dahin, dass die Kranken mit scrophulöser Kerato-Conjunctivitis im Ganzen den sechsten Teil aller Augenkranken ausmachen, unter Kindern bis zu 15 Jahren beinahe den dritten Teil. Das weibliche Geschlecht ist im Allgemeinen doppelt so stark darunter vertreten, als das männliche. Die Erkrankungen an scrophulöser Kerato-Conjunctivitis beginnen um die Mitte des 1. Lebensjahres, nehmen an Häufigkeit bis zum 4. Jahre rasch zu und lassen von da an langsam wieder nach. Am häufigsten sind sie in der Zeit zwischen der ersten und zweiten Dentition. Mit zunehmendem Lebensalter gleicht sich die verschiedene Disposition des männlichen und weiblichen Geschlechts immer mehr aus. (Deutsch. med. Wochenschrift 1898 Nr. 34.) Klautsch-Halle a. S.

— Impfung und Impfnarben. Von Lowe. Verf. wendet sich gegen die übliche Meinung, dass der Verlauf der Impfpustel mit Eiterung abschliessen müsse, und hält einen solchen Abschluss für unerwünscht, geradezu für gefährlich. Seiner Ansicht nach sei der gewünschte Effect der Impfung erreicht, sobald sich das Bläschen gebildet habe; die Umwandlung des serösen Inhaltes in Eiter sei nur schädlich. Um eine Heilung ohne Eiterung zu erreichen, verfährt Verf. seit 27 Jahren nach folgender Methode: Am 7. oder 8. Tage nach der Impfung bestreicht er das Bläschen mit einem in rohe Carbolsäure getauchten Pinsel, die anliegende Haut wird durch Einfetten geschützt. Nach einer Einwirkung von wenigen Sekunden wird die Stelle mit warmen Wasser abgespült und mit aseptischer Watte bedeckt. Der Schorf fällt nach kurzer Zeit ab, ohne eine Narbe zu hinterlassen. Verf. hat stets in dieser Weise geimpft und ist mit seinen Resultaten durchaus zufrieden; er glaubt nicht, dass die Schutzwirkung durch seine Methode irgendwie beeinträchtigt wird. (Lancet 1898.)
Klautsch-Halle a. S.

— Ein Fall von Infection des Verdauungscanales mit dem Bacillus pyocyaneus beim Säugling. Von Nobécourt. Verf. beobachtete einen Fall, wo ein $4^1/_2$ Monate alter Säugling, welcher an fieberhafter Diarrhoe und nachfolgender Bronchopneumonie erkrankt war, trotz sorgfältigster Behandlung starb. Bei der Autopsie wurde im Darminhalte ausser dem Bacillus pyocyaneus noch besonders reichlich das Bacterium coli nachgewiesen; beide Bacterien erwiesen sich bei der Ueberimpfung

Digitized by Google

auf Thiere als höchst pathogen. Verf. glaubt, dass in derartigen Fällen als Veranlasser der Magendarmaffection das Bacterium coli anzusehen sei und der Bacillus pyocyaneus durch sein Hinzukommen die Krankheit verschlimmert habe, dass also beide Keime in dieser Association wirksamer sind, als jeder einzelne für sich. Der Bacillus pyocyaneus verursacht zwar manchmal eine Allgemeininfection, eine Art Septicaemie, häufiger aber wie auch in dem vorliegenden Falle und namentlich bei den gastrointestinalen Infectionen der Neugeborenen, bleibt er auf die Eingeweide beschränkt und kann den Tod durch Toxhaemie herbeiführen. (Bull. med., 98 No. 67). Klautsch-Halle a. S.

— Die Behandlung des Gesichtsekzems der Kinder hat nach Kistler 3 Indicationen zu erfüllen: Elimination krankhafter Stoffwechselprodukte, locale Beeinflussung, Aufbesserung der Ernährung.

ad. 1. Calomel 0.06—0.12 pro dosi dem Alter entsprechend 1—3 Mal wöchentlich (je nach Bedarf)).

ad. 2. Locale Application von:

Rp. Acid. salicylic. 2.0
Bismuth subnitric 40.0
Amyl. tritic. 15.0
Ungt. rosar. 100.0

dick auf Gaze gestrichen aufzulegen, wobei Waschungen mit Seife und Wasser so selten als möglich vorzunehmen sind.

ad. 3. Hygienisch-diätetische Vorschriften und Tonica (besonders Arsen mit Eisen). (Deutsche Med.-Ztg. 1898 No. 61.)

Klautsch-Halle a. S.

Receptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Extract. secul.. cornut. 1,0
Aq. destillat. 100,0
Syr. simpl. 20,0
MDS. 2stdl. 1 Kinderl.
Purpura, Peliosa rheumatica
(Ortner.)

Rp.
Santonin.
Calomel. aa. 0,01—0,03
Sacch. alb. 0,5
Mf. pulv. DS. tägl. 1—2 P.
Ascaris lumbricoides.
(Ortner.)

Rp.
Medulladen 1,0—2,0
DS. tägl. 2 Theel. z. n.
Anaemia perniciosa, Pseudoleucaemia (Combe, Sahli)

Rp.
Lenigallol. 1,0—5,0
Pasta Zinc. ad 100,0
DS. äusserlich

oder

Rp.
Lenigallol 5,0—20,0.
Sapon. virid. 2,0
Vaselin. flav. americ. ad 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

oder:
Lenigallol.
Past. Zinc aa. 5,0—10,0
Vaselin flav. americ. ad. 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Eczema acut. et chronic, Psoriasis.

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Februar 1899.** **Heft 2.**

Inhalt: Originalien: **Münz,** Pemphigus neonatorum. 25. — Referate: **Roemheld,** Abdominaltyphus. 31. — **Wagner,** Diagnose des Keuchhustens. 34, — **Weisbecker,** Serum von Diphtheriekonvaleszenten. 35. — **Bruno,** Diphtherieagglutination. 36. — **Jusset** und **Bedart,** tuberculöse Peritonitis. 37. — **Lesage,** akute Gastro-Enteritis. 38. — **Erőss,** Tonsillitis. 39. — **Wolf u. Friedjung,** Magenverdauung im Säuglingsalter. 40. — **Koplik,** Schädlichkeit der pasteurisierten Milch. 41. — **Schliep,** einfachste Nabelbehandlung bei Kindern. 42. — **Köppen,** Oberarm-Fraktur. 43. — **Ranneft,** Angeborene Knickung des Femur. 43. — **Christiani,** Airol. 44. — Gesundheitspflege: **Wegener,** Hygienische Schulerziehung. 44. — Rezensionen: **Lohnstein,** Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch für 1899. 45. — **Eichholz u. Sonnenberger,** Kalender für Frauen- und Kinderärzte für 1899. 45. — **Abeles,** Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. 45. — **Walther,** Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen. 46. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 46. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 47. — Kleine Mitteilungen 48.

Pemphigus neonatorum.

Von

Dr. P. Münz, prakt. Arzt in Nürnberg.

Eine der häufigsten Hauterkrankungen, von denen das zarte Alter der neugeborenen Kinder heimgesucht wird, ist unstreitig jene Blaseneruption, die unter dem Namen des Pemphigus (Schälblattern, Schälhäutchen) bekannt ist. Statistische Nachweise, von Hebra und Steiner geliefert, haben ergeben, dass Neugeborene 14 mal häufiger als Erwachsene von dieser Krankheit befallen werden. Der Pemphigus neonatorum gelangt, wenn wir von jenen wenigen Fällen absehen, in denen die Blaseneruption gleich mit zur Welt gebracht wird, am häufigsten zwischen dem 3. und 10. Lebenstage zur Beobachtung, entwickelt sich aber auch hier und da in einer etwas späteren Lebensperiode.

Ueber die Aetiologie des P. n. gehen die Ansichten der verschiedenen Zeitläufte weit auseinander. Während Caillaut, Zeissl und ihre Schule von einem Pemphigus, der die Lues als Ursache hat, nichts wissen wollen, und während wieder andere wie Doepp, Sachs, See

Digitized by Google

jeden P. auf Lues congenita zurückführen, bricht sich heutzutage die dualistische Anschauung immer mehr und mehr Bahn, dass es sowohl luetische wie nichtluetische Formen von P. giebt, Formen, die wie in ihrer Aetiologie so auch in ihrem Krankheitsbilde verschiedenartig sind. Entgegen M. Lange und Soltmann, die in ihren erst jüngsthin erschienenen Beschreibungen des Pemphigus neonatorum die auf Lues beruhenden Fälle ausgeschieden wissen wollen, glaube ich, dass in dieses Krankheitsbild alle Pemphigusformen der Neugeborenen einbezogen werden müssen, mithin auch die luetischen.

Ist nun für die eine Art des Pemphigus n. die Lues als das ätiologische Moment gesichert, so herrscht über die Entstehungsursache der anderen Art ein verworrenes Durcheinander. Auf der einen Seite wird von Bohn, Meissner, Dohrn versucht, die Entstehung des P. mit mechanischen, chemischen oder thermischen Reizen, die zur Zeit der physiologischen Abschuppung der Epidermis die zarte Haut der Neugeborenen treffen, in Verbindung zu bringen; auf der anderen Seite hinwiederum wird in Ernährungs- und Verdauungsstörungen, in schlecht ventilierten, mit feuchter, dumpfer Luft geschwängerten Wohnräumen der Armen ein begünstigender Einfluss erblickt; die letztere Annahme verliert sofort an Wert, wenn wir erfahren, dass auch wohlgenährte Kinder der Reichen, bei denen von schlechter Nahrung und schlechten Wohnräumen füglich nicht die Rede sein kann, ebenso oft an Pemphigus erkranken. Die meisten Anhänger findet aber heutzutage trotz Hebra die durch Ahlfeld, Almquist, Henoch, Koch, Moldenhauer, Pott, Palmer, Olshausen, Rigby, Winckel, Zechmeister vertretene Ansicht von der bacteriellen, infectiösen Natur des Pemphigus, eine Ansicht, die durch mehrere gelungene Impfversuche und die verschiedentlich beobachtete epidemische oder endemische Ausbreitung der Erkrankung eine bedeutende Stütze erhält. Bemerkenswert ist auch die Uebertragung des Pemphigus von Kindern auf Erwachsene, wie sie von einigen Autoren beobachtet wurde. In diesen Fällen tauchten die Blasen zuerst und besonders an den Stellen auf, die mit dem an P. erkrankten Kinde in unmittelbare nahe Berührung kamen, an der Mamma säugender Mütter, an den Lippen von Personen, welche die Kinder geküsst hatten. Während es in diesen durch Contact entstandenen Fällen gelegentlich auch zu einer weiteren Ausbreitung die Erkrankung kommen kann, bleibt merkwürdigerweise die durch Ueberimpfung mit dem flüssigen Pemphigusinhalte erzeugte Blase auf die Impfstelle beschränkt.

Freilich ist es bisher noch nicht gelungen, eine für P. spezifische Art von Pilzen oder Sporen in dem Blaseninhalte oder dem Blute der an P. Erkrankten nachzuweisen. Zwar hat Strelitz aus dem alkalisch reagierenden Inhalt der Blasen den gelben und weissen Eitercoccus, Almquist eine nicht genau definirte Kokkusart gezüchtet, zwar fand Peter die genannten Eitererreger sowie einen besonderen Diplococcus nicht nur in der Pemphigusblase eines Kindes, sondern auch in dessen Blute, sowie in dem Blute der an Sepsis erkrankten Mutter, zwar haben Demme, Gibier, Felsenthal, Soltmann ein Microbium des Pemphigus angegeben, eine ganz bestimmte Bakterienart kann aber bislang noch nicht als der Erreger

Digitized by Google

von P. angesprochen werden. So viel steht jedenfalls fest, dass der P. auf bacterieller Basis beruht.

Die Uebertragung des Pemphiguserregers, er mag sein wer er wolle, findet jedenfalls in erster Reihe durch die Hände derjenigen Personen statt, die mit dem Kinde beim Baden, beim Abtrocknen in nahen Contact kommen; auch schmutzige Wäsche kann eine Uebertragung vermitteln. Hierbei handelt es sich zunächst und zumeist um eine rein lokale Infektion. An derjenigen Stelle der Haut, in welche der Pemphiguserreger verrieben wird, entsteht eine Blase; wird nun von dieser der entleerte Inhalt über weitere Flächen des Körpers verstreut, so schiessen eben an den verschiedensten Orten, überall dort, wo das Gift unter die Epidermis gelangt ist, Blasen empor. Als Eingangspforte für den Erzeuger des P. dient entweder die gesetzte Nabelwunde, wobei zuerst die um den Nabel konzentrierte Blaseneruption, der Pemphigus periumbilicalis, entsteht, oder eine oft kaum sichtbare Verletzung der Epidermis. Wir verstehen es darum, wenn, wie bereits erwähnt, Bohn, Meissner, Dohrn in äusseren Irritationen mechanischer, chemischer oder thermischer Art, welche die Haut treffen, einen begünstigenden Einfluss für die Entstehung des P. erblicken. Nur dann, wenn die Haut über Gebühr gereizt und malträtiert ist und dadurch in der Epidermis kleine Verletzungen desto leichter gesetzt werden, ist ein günstiger Boden für die Invasion des Pemphigusgiftes gegeben. Aus diesen Gründen erscheint es mir naheliegend, worauf meines Wissens noch von keiner Seite hingewiesen wurde, dass beim Durchpassieren des Kindes durch die mütterliche Scheide, welche ja eine Brutstätte für die verschiedensten Bakterien und wahrscheinlich auch für den Pemphiguserreger abgiebt, die zarte, leicht rissige Haut des Kindes mit dem Pemphigusgifte inprägniert wird und so gleich nach der Geburt an den verschiedensten Stellen des Körpers Blaseneruptionen entstehen. Wenn wir auch die locale Entstehung des P. neonatorum zugeben, so ist es darum nicht ausgeschlossen, dass im weiteren Verlaufe der Erkrankung schädliche Stoffe, vielleicht gar der Erreger der Krankheit selbst, aus dem Blaseninhalte in die Blutbahnen übergehen und so zu Metastasenbildungen an der Haut, zu einer Allgemeininfektion führen.

Das pathologisch-anatomische Bild des P. neonatorum gleicht in vieler Beziehung dem Bilde, das Erwachsene bei dieser Erkrankung bieten. Die Hülle der Blasen wird von der abgehobenen Epithelschicht, der Grund von dem geröteten Corium gebildet; der Papillarkörper befindet sich in einem entzündeten Zustande und ist mit Exsudatzellen durchsetzt. Der Inhalt der Blasen ist bald serös, bald mehr eitrig, bald blutig gefärbt; es lassen sich in ihm verschiedene Arten von Bakterien, fast immer Eitercoccen nachweisen. Die Blasen sind entweder prall gespannt und glänzend oder auch schlaff, weich und zeigen dann ein mehr mattes Aussehen. Die Grösse der Blasen schwankt zwischen der einer Erbse — ich habe aber auch kleinere Blasen, etwa so gross wie ein Stecknadelkopf, beobachtet — bis zu der eines Hühnereies; oft confluieren mehrere kleinere Blasen und bilden so eine ausgedehnte Eruption. Die Haut zwischen den einzelnen Blasen zeigt meist eine lebhafte Röte, oft aber ist dieses Zeichen der vorhandenen Entzündung zu vermissen. Ebenso braucht der Blasen-

Digitized by Google

bildung nicht in allen Fällen eine Rötung der Eruptionsstelle voranzugehen, die Blasen können auch auf einer vorher ganz normalen Haut ohne vorangegangene Blutstauung im Papillarkörper emporschiessen. Um die gebildeten Blasen selbt, wenigstens um die kleineren, zeigt sich fast immer ein feiner rother Hof. Nach kurzer Zeit schon, sei es durch einen äusseren mechanischen Insult oder sei es durch den Druck des sich ansammelnden Inhaltes, platzen die Blasen, und es entsteht durch die Abhebung der Epithelschicht ein nur oberflächlicher Substanzverlust; das Corium liegt frei, und dieses bedeckt sich über kurz oder lang mit einer etwas dunkleren Kruste, unter der in Bälde eine Ausheilung des Substanzverlustes vor sich geht. Es giebt wohl keine Stelle des Körpers, an der nicht Blasen zur Entwickelung gelangen können, nicht nur die äusseren Bedeckungen des Körpers, auch die Schleimhäute des Mundes, des Rachens, ja selbst des Oesophagus oder gar der Bronchien und des Auges können den Sitz der Erkrankung abgeben. Bei dem P. der Schleimhäute zeigt sich das Epithel der mucosa abgehoben, der Papillarkörper stark entzündet; die Blasen erreichen aber nie jene Grösse wie beim P. der äusseren Hautdecken; die befallenen Schleimhäute sind oft recht schmerzempfindlich und bluten sehr leicht.

Das klinisch-symptomatische Bild des P. neonatorum wechselt in ziemlich verschiedenen Farben; es ist bei dem rein acuten P. schon etwas anders gestaltet als bei dem luetischen. Aber auch eine jede dieser beiden Formen zeigt einen wechselvollen Beginn und Verlauf der Erkrankung. Was den Beginn des acuten, nicht luetischen P. betrifft, so finden wir, dass die sonst kräftigen, gut entwickelten Kinder entweder inmitten des besten Wohlbefindens von der Krankheit befallen werden, oder auch dass dem Ausbruche derselben 2—3 Tage zuvor verschiedene Prodromalerscheinungen vorausgehen. Fieber, allgemeine Unruhe, Verdauungsstörungen, Jucken am Körper. Der weitere Verlauf der Krankheit hängt von der Heftigkeit der Blaseneruption und dem Allgemeinbefinden des Kindes ab. So lange die Blasen auf eine kleine Anzahl beschränkt bleiben, ist das Befinden der Kinder ein gutes; man merkt ihnen kaum eine Krankheit an. Die Blasen heilen, ohne Spuren zu hinterlassen, gewöhnlich in 10—14 Tagen ab. Wenn aber grössere Strecken des Körpers von den Blasen ergriffen sind, wenn gar die Epitheldecken verloren gegangen sind und ausgedehnte Flächen entblösst daliegen, dann tritt neben heftigen Schmerzen, die sich in kläglichen Schmerzäusserungen bei jeder Berührung kundthun, eine bedeutende Störung des Allgemeinbefindens ein: hohes Fieber bis zu 41°, oder auch subnormale Temperaturen bis zu 34°, Ernährungsstörungen, grosse Unruhe. Diese Erscheinungen erreichen in seltenen Fällen ihren Höhepunkt in Convulsionen, Trismus, allgemeinem Collaps, denen die Kinder in ganz kurzer Zeit erliegen. Der Verlauf der Erkrankung gestaltet sich auch misslich, wenn anstatt der raschen Ueberhäutung der ulcerierten Stellen eine circumscripte Hautgangrän und damit einhergehende tiefere Substanzdefekte oder eine allgemeine Furunculosis Platz greifen; die Blasen zeigen in diesen Fällen eine nur sehr träge Tendenz zur Heilung; die Kinder kommen infolge dessen immer mehr und mehr herunter und gehen schliesslich an Cachexie zu Grunde. Gelegentlich sind auch im Anschlusse an P. eitrige Pleuritis, infectiöse Nabelerkrankungen

Digitized by Google

sowie allgemeine Sepsis zur Beobachtung gelangt. Der auf luetischer Basis beruhende P. zeigt gegenüber dem nichtluetischen acuten einige Eigentümlichkeiten, die nur ihn auszuzeichnen pflegen. Er wählt meist schwächliche, schlecht genährte Kinder zu seinen Opfern, wie ja dies schon im Charakter der Lues liegt. Die Blasen kommen beim luetischen P. entweder gleich nach der Geburt zum Ausbruche, oder die Kinder werden mit ihnen geboren. Der Verlauf der Krankheit ist, falls die Patienten dem ersten Ansturme widerstehen, ein mehr chronischer, selbst dann, wenn die Zahl der Blasen beschränkt bleibt. Die Krankheit zieht sich, unterbrochen zuweilen von Besserungen, Wochen und Monate in die Länge, bis die Kinder an Cachexie zu Grunde gehen. Complikationen, wie wir sie beim akuten P. kennen gelernt haben, sind natürlich imstande, diesen bösen Ausgang zu beschleunigen.

Die Diagnose des P. ist nicht so leicht zu verfehlen. Verwechselungen mit anderen Erkrankungen, bei denen Blasenbildungen vorkommen, mit Urticaria bullosa, Varicellen, bullösem Erysipel, Erythema exsudativum, Scabies, Ekzem, Zoster, lassen sich, abgesehen davon, dass diese Erkrankungen bei Neugeborenen zu den Seltenheiten gehören, sehr leicht umgehen, wenn die für P. bereits angegebenen Anhaltspunkte berücksichtigt werden; auch Verwechselungen mit Sudaminabläschen und intertriginösen Blasen lassen sich vermeiden. In zweiter Linie hat dann die Diagnose festzustellen, ob es sich um einen luetischen oder einen nichtluetischen P. handelt. Die Zeit des Auftretens und der weitere Verlauf der Blaseneruption führen zwar hier und da auf die richtige Fährte; aber auch Aussehen und Sitz der Blasen können dazu beitragen, die Diagnose zu erleichtern. Der luetische P. bietet nämlich in dieser Beziehung einige für ihn charakteristische Eigentümlichkeiten. Die Blasen sind bei ihm fast immer schlaff und eingefallen und zeigen darum ein mattes Aussehen; auch sind sie nicht von jener Grösse wie beim akuten P.; sie übersteigen kaum die Grösse einer Erbse, allenfalls die einer kleinen Haselnuss; auch treten sie nur vereinzelt und zerstreut auf. Nicht minder ist der Sitz der Eruption für eine Diagnose bestimmend. Der luetische Pemphigus wählt mit Vorliebe die Hand- und Fusssohlen sowie die Schleimhäute zu seinen Ausgangspunkten, während dies beim akuten P. fast gar nicht vorkommt. Die Diagnose »luetischer P.« wird gesichert, wenn, abgesehen von der nachweisbaren Infektion, andere Erscheinungen auf Lues hindeuten wie Rhinitis chronica, Condylome der Aftergegend, Drüsenschwellungen, Roseola.

Die Prognose der Erkrankung ergiebt sich aus dem oben Gesagten. Der akute P. gewährt eine bessere Aussicht auf Heilung als der luetische. Abgesehen von jenen seltenen Fällen, in denen infolge von Complicationen der Verlauf ungünstigere Chancen bietet, tritt beim akuten P. die Heilung durchschnittlich in 12 Tagen ein. Beim luetischen P. erliegen die zumeist cachectisch geborenen Kinder trotz guter Pflege und spezifischer Behandlung über kurz oder lang den Stürmen der Erkrankung.

Eine Prophylaxe wird wohl nie den Ausbruch der Erkrankung verhüten können. Kleine, kaum sichtbare Rhagaden und Einrisse bietet die zarte

Digitized by Google

Haut des neugeborenen Kindes zur Genüge, dass sie als Eingangspforte dem Pemphiguskeim dienen; ebenso giebt die Nabelwunde in nicht wenigen Fällen Gelegenheit für die Invasion des Krankheitserregers. Jedenfalls ist alles, was die Epidermis reizt, zu vermeiden: heisse Bäder und starkes Reiben beim Abtrocknen des Neugeborenen. Dass damit die peinlichste Reinhaltung des Kindes, welche besonders ihr Augenmerk auf die zum Abtrocknen benutzten Wäsche richtet, Hand in Hand gehen muss, ist selbstverständlich. Bei einem Ausbruche der Erkrankung tritt die Prophylaxe in ihre eigentliche Domäne; sie hat darauf zu achten, dass der Pemphigus nicht bei seinem infectiösen Charakter auf andere Kinder übertragen werde. Es müssen darum alle diejenigen Personen, Hebammen oder Wärterinnen, die ein pemphiguskrankes Kind besorgt haben, ihre Hände und Kleider streng desinficieren, bevor sie sich mit einem anderen Kinde beschäftigen. Daraus ergiebt sich von selbst, dass in Anstalten, überall, wo mehrere Kinder zusammen sind, eine Isolierung der Pemphiguskranken durchzuführen ist. Aber auch bei den kranken Kindern ist darauf zu achten, dass der Krankheitsherd beschränkt bleibt, dass nicht der entleerte Inhalt der Blase nach sonst gesunden Körperteilen übertragen wird und, dort in die Haut verrieben, zu neuen Eruptionen Anlass giebt; aus diesem Grunde empfiehlt es sich, einmal benutzte Wäsche vor dem jedesmaligen Gebrauche gut zu desinficieren.

Was endlich das therapeutische Verfahren anbelangt, so ist man in der That bei der grossen Zahl der angegebenen Behandlungsmethoden in Verlegenheit, welche man zur Anwendung bringen soll. Zwischen dem exspektativen Verfahren Franks und den von anderer Seite empfohlenen komplizierten Salbenverbänden liegt eine ganze Reihe von Heilmethoden, von denen jede ihre Anhänger und Gegner findet. Das Gute ist aber stets in der Mitte. Die Therapie muss in allen Fällen, selbst in den leichtesten, eine eingreifende sein, da diese, vernachlässigt, zu schweren auswachsen können. Das rationellste Verfahren besteht darin, dass man die Kinder täglich 1—2mal — schwächliche Kinder täglich nur 1mal, ja sogar nur jeden 2. Tag — für die Dauer von 5—10 Minuten in ein lauwarmes Bad von etwa 27° C. legt, welchem ein adstringierendes oder desinfizierendes Mittel zugesetzt wurde. Als Adstringens empfiehlt Soltmann ein Eichenrindendecoct in der Lösung 500 cortic. querc. auf 4 Liter Wasser; bequemer ist dafür der Zusatz von etwa 25 Gramm Tannin für je ein Bad. Als Desinficiens hat sich nach Bodenstab, Lange das Kali. hypermang. bewährt, das in solcher Menge zugesetzt wird, bis das Badewasser schwach rot gefärbt aussieht. Empfehlenswert ist es, jedesmal vor dem Bade die grösseren Blasen von ihrem Inhalt vorsichtig zu entleeren, weil sonst der Druck weitere Flächen abhebt; die entleerten Blasen werden mit einem in eine 2% Borsäurelösung getauchten Wattetampon gut abgetupft. Nach dem Bade tritt die Trockenbehandlung in ihr Recht. Nachdem das Kind behutsam in nicht reibenden Bewegungen abgetrocknet ist, werden alle affizierten Stellen des Körpers mit einem Streupulver reichlich versehen. Ich habe mit sehr gutem Erfolge die Anwendung von Airol-Amylum (2:10) bewährt gefunden. Nachher erst wird das Kind in trockene Windeln oder noch besser in sterilisierte Gaze gehüllt. Handelt es sich um eine luetische Form des P., so geht mit

Digitized by Google

dem angegebenen Verfahren eine spezifische Behandlung Hand in Hand. Von Einreibungen ist bei der empfindlichen Haut Abstand zu nehmen; am bequemsten erweist sich die innere Verabreichung von Calomel; vertragen die meist schwächlichen Kinder das Calomel nicht, so tritt an seine Stelle ein Zusatz von Sublimatpastillen zu dem vorschriftmässigen Bade ein; man sei aber mit der Dosierung vorsichtig, weil bei den des Epithels entblösten Hautflächen eine grössere Resorption des Sublimats zu fürchten ist. In allen Fällen von P. ist auf eine gute Ernährung, auf Ammen- oder Muttermilch, Gewicht zu legen.

Referate.

Ueber den Abdominaltyphus in den verschiedenen Altersperioden der Kinder. Von Roemheld. (Jahrb. f. Kinderheilk. XLVIII Bd. 2. u. 3. Heft.)

R. giebt die Erfahrungen wieder, die in den letzten Jahren in der Universitätskinderklinik zu Heidelberg über den Abdominaltyphus im Kindesalter in 117 Fällen gesammelt wurden. Die Initialsymptome waren die allgemein bekannten: bei kleineren Kindern Appetitmangel, Muskelzittern, Krämpfe, Erbrechen, Fieber, andauerndes Schreien; bei grösseren Kopfweh, Gliederschmerzen, Leibweh, unruhiger Schlaf, Müdigkeit. In wenigen Fällen war ein Schüttelfrost verzeichnet, häufiger wurde einfacher Frost zu Beginn angegeben. Ungefähr in der Hälfte der Fälle bestand im Anfang Verstopfung, 8 mal wurde bei Beginn Epistaxis, 10mal eine Angina beobachtet, 2mal Herpes labialis, der demnach auch bei Kindern nur sehr selten Frühsymptom zu sein scheint.

Was den Fieberverlauf anbetrifft, so wurde konstatiert, dass ein plötzlicher Beginn der Krankheit mit hohem Fieber beim Typhus der Kinder doch zu den Ausnahmen gehört, wenn er vielleicht auch etwas häufiger vorkommen mag als bei Erwachsenen. Im Allgemeinen liess das Fieber eine grosse Unregelmässigkeit erkennen. Die niedrigste Temperatur wurde sehr häufig bei denselben Patienten zu den verschiedensten Tageszeiten gefunden. Ueberhaupt scheinen typhös erkrankte Kinder mehr zu intermittierendem Fieber zu neigen, als Erwachsene. — Betreffs des Pulses ist zu bemerken, dass kleinere Kinder meist einen unverhältnismässig hohen Puls hatten, grössere sich dem Typhus des Erwachsenen näherten und relative Pulsverlangsamung zeigten. Dikrotie des Pulses war nur selten bei älteren Kindern verzeichnet.

Hinsichtlich der typhösen Symptome im engeren Sinne ist zu erwähnen, dass nicht allzu selten Obstipation während der ganzen Krankheit bestehen blieb. In ca. ein drittel der Fälle wurden charakteristische erbsenbreiartige Stühle beobachtet. Meist wechselte Durchfall mit Obstipation. — Darmblutungen kamen 5 mal, Darmperforationen mit folgender Peritonitis 3 mal zur Beobachtung. — Stärkerer Fuligo an der Zunge und

Digitized by Google

an den Lippen wurde nur vereinzelt in schweren Typhen älterer Kinder beobachtet. — Nicht wenige von den Patienten litten an ulceröser Stomatitis. Es handelte sich meist um kleine, flache, scharfrandige Geschwüre, die gewöhnlich am weichen Gaumen sassen und bisweilen symmetrisch angeordnet waren. — Schmerzhaftigkeit des Leibes wurde in allen schweren Fällen konstatiert, teils nur bei Druck, teils spontan auftretend. Sie beschränkte sich in ungefähr der Hälfte der Fälle auf die Ileocöcalgegend, wo dann gewöhnlich auch Gurren gefunden wurde; wiederholt wurde indessen auch über diffuse Schmerzhaftigkeit des Leibes geklagt. ohne dass irgendwelche peritonitischen Erscheinungen vorgelegen hätten, — Die Milz war 69 mal palpabel. Roseola wurden in der Hälfte der Fälle konstatiert.

Was die Komplikationen anlangt, so wurde am häufigsten Bronchitis, selten Broncho- und croupöse Pneumonie beobachtet. — 4 Kinder zeigten im Verlauf der Krankheit Heiserkeit. — Bei 15 Kindern stellte sich im Laufe der Erkrankung eine Otitis media ein. — Die Haut zeigte relativ häufig Miliaria crystallina, einige Male Furunkulose. Grössere Hautabscesse und Decubitus kamen in 4 Fällen vor. Von anderen Exanthemen sind Urticaria und Herpesformen zu erwähnen. — Als zufällige Komplikation kamen einmal Varicellen und Scharlach in rascher Folge hintereinander nach Typhus und einmal Masern im Verlaufe des Typhus vor. — Einmal wurde als Nachkrankheit Periostitis beobachtet. — Nephritis kamen zwei mal vor.

Bevor R. nun die verschiedenen Verlaufseigentümlichkeiten des Abdominaltyphus in den verschiedenen Altersperioden der Kinder bespricht, bemerkt er zur Charakterisierung desselben, dass die Erkrankungshäufigkeit keine wesentlich geringere zu sein scheint als bei Erwachsenen; dass die Krankheit bei Kindern im allgemeinen nicht das scharf gezeichnete typische klinische Bild darbietet, welches wir bei Erwachsenen zu sehen gewohnt sind und dass sie auch gutartigerer Natur ist. Ferner treten die Darmerscheinungen und die charakteristischen pathologisch-anatomischen Veränderungen im Darm beim Kindertyphus mehr in den Hintergrund. Dasselbe gilt auch bezüglich der nervösen Symptome. Endlich ist auch die Dauer der Krankheit bei Kindern meist kürzer, die Höhe des Fiebers gewöhnlich niedriger als bei Erwachsenen.

Bezüglich des klinischen Verlaufes, insbesondere was die Schwere der Erkrankung anlangt, als auch bezüglich der pathologisch-anatomischen Veränderungen zeigt der Kindertyphus ein wechselndes Bild je nach dem Alter des Patienten, und man kann 3 Gruppen unterscheiden:

1) den Typhus der Säuglinge und Kinder in den ersten Lebensjahren; in scharfem Gegensatz zu dieser Form steht

2) der Typhus der älteren, etwa im 8. — 14. Lebensjahr befindlichen Kinder, bei welchem man im Grossen und Ganzen das Bild des Typhus der Erwachsenen antrifft;

3) den Typhus in den mittleren Jahren der Kindheit, in welchen

Digitized by Google

kein typisches sehr ausgeprägtes Krankheitsbild besteht. Abweichungen von diesen Typen kommen natürlich vielfach vor.

ad 1) Es sind zweifellose Fälle von Säuglingstyphus, ja selbst von congenitalem Typhus bekannt geworden. Ernst sah in einem Falle bei einem Neugebornen das Blut überschwemmt mit Typhusbacillen, während der Darm nichts Pathologisches erkennen liess; es handelte sich bei diesem fötalen Typhus gewissermassen um eine Typhus-Septikämie. Der Säuglingstyphus zeigt einerseits denselben negativen Darmbefund, andrerseits bietet er vielfach das Bild der schwersten Allgemeininfektion dar. Auffallend ist hier die Hinfälligkeit und starke Beteiligung des Nervensystems. Schon im Beginne der Krankheit treten häufig nervöse Störungen in den Vordergrund. Die Kinder bekommen allgemeine eklamptische Anfälle, knirschen mit den Zähnen, zeigen Muskelzittern u. s. w. Im weiteren Verlauf tritt gewöhnlich anhaltende schwere Benommenheit auf. Nicht selten zeigen die Kinder einen Zustand von Stupor. Relativ häufig im Verhältnis zu den Typhus im späteren Kindesalter beobachtet man andauerndes wie automatisch erfolgendes Schreien (Schreityphus). Meist sind im Vergleich mit den schweren Allgemeinsymptomen die typhösen Abdominalsymptome nur wenig ausgesprochen. Das Fieber ist gewöhnlich hoch, ebenso die Pulsfrequenz eine sehr bedeutende. Die Dauer der Krankheit im Säuglingsalter ist sehr verschieden, scheint aber im allgemeinen kürzer zu sein als bei älteren Kindern.

ad 2) In den ausgesprochenen Fällen haben wir das vollständige Bild des Typhus der Erwachsenen, sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch. Die Kranken bieten nicht nur im allgemeinen einen schweren Status typhosus dar mit Benommenheit und Delirien, sondern weisen auch bezüglich der einzelnen Organe, besonders bezüglich der Abdominalorgane denselben Symptomenkomplex wie Erwachsene auf. Das Fieber zeigt die mehr oder weniger typische Curve. Dabei ist die Pulsfrequenz relativ gering; Dikrotie kommt vor. Herzschwäche wird häufig beobachtet. Lippe und Zunge sind fuliginös. Roseola, Milztumor, charakteristische Stühle werden bisweilen beobachtet. Schwere Komplikationen kommen fast ausschliesslich bei Typhus älterer Kinder vor.

Wenn auch solche Fälle relativ selten sind, so kommen sie doch entschieden häufiger vor als im früheren Kindesalter.

ad 3) Hier kommen überwiegend leichte Fälle vor. Man vermisset einerseits gewöhnlich das schwere Bild der Allgemeininfektion, andrerseits sind die lokalen typhösen Erscheinungen weniger stark ausgeprägt. Die Fieberdauer ist meist eine kürzere, die Pulsfrequenz ist eine mittlere, die Darmerscheinungen treten mehr zurück. Das Nervensystem ist in vielen Fällen überhaupt nicht alteriert. In diagnostischer Hinsicht ist zu betonen, dass die Widal'sche Probe in den letzten, seit Bekanntwerden dieses diagnostischen Hilfsmittels beobachteten Fällen niemals im Stich gelassen hat.

Die Prognose des Abdominaltyphus der Kinder ist eine relativ gute. Unter den 117 Fällen waren nur elf Todesfälle zu verzeichnen. Die

Digitized by Google

Mortalität war am grössten bei Kindern in den ersten 3 Lebensjahren, nächstdem bei Kindern zwischen dem 8. und 14. Lebensjahr. Am günstigsten gestaltete sich die Prognose für Kinder im Alter von 4 bis 8 Jahren.

Die Therapie hat sich beim Abdominaltyphus der Kinder im Wesentlichen nach denselben Grundsätzen zu richten, wie bei Erkrankung Erwachsener. Das Hauptgewicht wurde auf hygienische und diätetische Massnahmen gelegt. Die Patienten bekamen eine möglichst roborierende Diät und zwar ausschliesslich in flüssiger Form, welch letztere auch nach eingetretener Entfieberung noch mindestens acht Tage beibehalten wurde.

Medikamentös wurde im Beginn bis gegen Ende der ersten Woche Calomel angewendet. Im weiteren Verlauf wurde gewöhnlich nur eine kühlende Mixtur von acid. phosphor. oder muriat. gegeben. Bei den Durchfällen sowie leichten Darmblutungen hat sich Tannalbin mit ausschliesslicher Schleimdiät bewährt. Von den Antipyreticis, die nur selten zur Anwendung kamen, wurde fast nur Chinin verordnet. Hohes Fieber wurde nicht als Indikation zur Behandlung mit kalten Bädern angesehen, sondern nur das schwere Befallensein des Nervensystems und das Vorhandensein von Lungenkomplikationen. Die Bäder wurden nicht gegeben, in der Absicht, die Temperatur herabzusetzen, sondern nur, um allgemein erfrischend zu wirken. Infolgedessen wurden auch gewöhnlich nur lauwarme Bäder von kurzer Dauer mit folgender kühler Abwaschung, Ansprengung oder Uebergiessung verordnet.

Schnell (Egeln.)

Die frühzeitige Diagnose des Keuchhustens. Von H. L. Wagner. (N. Y. med. Jounal 8. Oktober 1898. — Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 48. 1898.)

Die möglichst frühzeitige Erkennung des Keuchhustens ist in prophylaktischer und therapeutischer Beziehung gleich wichtig. Zu diesem Zwecke ist die bakteriologische Untersuchung des Nasensecretes von grösster Wichtigkeit. Das normale Nasensecret ist bakterienarm, während es bei Keuchhusten grosse Msngen von Bakterien enthält und zwar eine Form, die „Polbakterien" von Czaplewski und Hensel, in Reinkultur. Diese Bakterien sind dreimal so lang, als breit, an den Enden abgerundet, manchmal verdickt und in der Mitte geteilt. Fast alle sind von einer Kapsel umgeben, welche durch Imbibition der Zellhaut bei Ansiedelung im Organismus zustande kommt, während bei artefizieller Kultur die Bacillen diese Kapsel nicht besitzen. Die morphologische Abgrenzung der Keuchhustenbacillen gegenüber den anderen in der Nasen- und Rachenhöhle vorkommenden Mikroorganismen bietet noch Schwierigkeiten, auch zeigen die Polbakterien selbst je nach den angewendeten Färbungen morphologische Differenzen. Man färbt dieselben nach Czaplewski in Carbolglyzerinfuchsin (1 Tl. Fuchsin auf 5 Tl. flüssiger Carbolsäure, 50 Tl. Glyzerin und 100 Tl. Wasser) nach vorheriger Behandlung mit 1 % Essigsäure. Sehr gute Dienste für die frühzeitige und rasche Diagnose des Keuchhustens leistet die vom Verf. etwas modifizierte Knaak'sche Kontrastfärbung, wo die Bakterien blau, die Zellen und Kerne rot gefärbt

Digitized by Google

werden. Zunächst wird mit schwach alkalischer Methylenblaulösung gefärbt, dann mit 2 % frisch bereiteter Argoninlösung, welche den Farbstoff den Zellen rascher entzieht als den Bakterien, entfärbt. Um die Reoxydation zu verhindern, wird das Präparat in konzentrierter Weinsteinlösung abgespült. Die Kontrastfärbung geschieht mit sehr verdünnter Fuchsinlösung: 1 Tl. der konzentrierten alkoholischen Lösung auf 40 Tl. Wasser. In dem Fall von Czaplewski, der bei seinen Untersuchungen über den Keuchhustenbacillus von Keuchhusten befallen wurde, fanden sich im Nasen- und Pharynxsecrete dieselben Bakterien, die er studierte, derart ihre ätiologische Bedeutung erweisend.

Dr. Goldbaum (Wien.)

Zur Behandlung der Diphtherie mit dem Serum von Diphtherierekonvaleszenten. Von Weisbecker (Münchener med. Wochenschrift 1898. No. 39.)

Nach Analogie der Masern-, Scharlach-, Typhus- und Pneumonie-Therapie mit dem Blutserum der entsprechenden Rekonvaleszenten hat Verf. auch die Diphtherie zum Gegenstand seiner Versuche nach dieser Richtung hin gemacht. Er hat im Ganzen 30 Diphtheriefälle, die nach der Natur der Epidemie sämtlich als ernst aufzufassen waren, mit dem Serum von Diphtherierekonvaleszenten behandelt, und zwar mit gutem Erfolge. Der Allgemeinzustand der Injicierten war in der überwiegend grossen Mehrzahl der Erkrankungen ein günstiger in einem Teile der Fälle trat auch hier, ebenso wie bei der Pneumonie, ein überraschend schneller Wechsel in dem subjektiven Befinden ein, dem vor der Injektion bestehenden intensiven Krankheitsgefühl folgte sofort ein Zustand der Erleichterung und des Wohlbehagens. Nur in einem ganz kleinen Teile der Fälle, den allerschwersten, beobachtete Verf. noch nach der Injektion bedrohliche Allgemeinsymptome, welche eine Zeit lang das Krankheitsbild beherrschten; doch trat auch in solch' verzweifelten Fällen noch häufig genug Genesung ein. Fieber und der lokale Krankheitsprozess wurden dagegen keineswegs durch die Injektion in allen Fällen zum baldigen Schwinden gebracht; obwohl einzelne derselben eine rasche Entfieberung und Abstossung der Beläge darboten, dauerte doch in der Regel das Fieber weiter, ja erfuhr oft erhebliche Steigerungen, und die Beläge breiteten sich vielfach noch weiter aus. Die Prognose der injicierten Fälle richtet sich im grossen Ganzen nach dem Allgemeinzustand; bessert sich dieser bald nach der Injektion, so wird selbst bei hohem Fieber und anhaltenden Belägen ein ungünstiger Ausgang nicht leicht vorkommen.

Anders dagegen liegen die Verhältnisse bei Croup; hier bleibt der lokale Prozess das Wichtigste, der Allgemeinzustand das Unwesentlichere. Hierbei zeigte das Serum gerade einen günstigen Einfluss vorwiegend auf die Erscheinungen von Seiten des Larynx. Bei frühzeitiger Injektion kam es nicht zur Ausbildung von Stenose, der Crouphusten verlor sich rasch. Dies wurde in 8 Fällen beobachtet. In 1 Falle von Diphtherie und Croup bei einem 3jährigen Kinde, welches schon stenotische Erscheinungen bei der Injektion darbot, wurde die Tracheotomie nötig, die Heilung erfolgte dann rasch. 3 Fälle jedoch, in welchen die Behand-

Digitized by Google

lung erst einsetzte, als die Stenose schon zu weit vorgeschritten war, endeten letal, ebenso 3 Diphtheriefälle septischer Natur.

Bei den injicierten Croupfällen liess sich häufig ein erheblicher Anstieg der Temperatur bald nach der Injektion konstatieren, bei gleichzeitig bedeutender Besserung im ganzen Krankheitsbild, Verschwinden des Crouphustens und Umwandlung desselben in katarrhalischen Husten. Diese im Anschluss an die Injektion anftretende Temperaturerhöhung beim Croup fasst Verf. als ein sehr günstiges und prognostisch wichtiges Symptom auf. Fast immer findet dabei eine ganz profuse Schweisssekretion statt, und die Entfieberung lässt dann nicht mehr lange auf sich warten, die Heilung erfolgt rasch. In dieser Schweisssekretion haben wir wohl eine ganz spezifische Wirkung des Serums zu erblicken.

In jedem Falle ist nur eine einzige Injektion erforderlich, bei der 4—6 ccm bei kleineren Kindern, 8—10 ccm bei älteren Kindern verwendet werden; hilft diese Menge nicht, so thun dies auch wiederholte Injektionen nicht. Nur bei Recidiven, die bisweilen eintreten, muss nochmals injiciert werden. Von ernsteren Nachkrankheiten hat Verf. selbst in den schweren Fällen nichts beobachtet, und er glaubt, dass gerade die Nachkrankheiten viel seltener auftreten, als man seither bei dem Behring'schen Serum zu sehen gewohnt war.

Das Serum muss von Rekonvaleszenten gewonnen werden, welche die Erkrankung spontan durchgemacht haben, sie dürfen daher nicht injiciert worden sein, ihre Behandlung muss vielmehr eine indifferente gewesen sein. Klautsch, Halle a. S.

Über Diphtherieagglutination und Serodiagnostik. Von Bruno. (Berl. klin. Wochenschrift. 1898, No. 51.)

Neuere Untersuchungen des letzten Jahres haben gelehrt, dass wir in der spezifischen agglutinierenden Eigenschaft der Blutsera ein neues biologisches Phänomen von zwiefacher Bedeutung kennen gelernt haben: die erste bakteriologisch-wissenschaftliche Bedeutung liegt in der Differenzierung der Bakterien durch das Serum experimentell infizierter Tiere, die zweite praktisch-klinische in der Diagnostik von Infektionskrankheiten durch das Serum des Patienten. Da wo Agglutination sich findet, findet sie sich sowohl bei der natürlichen Immunisierung durch Überstehen der Krankheit, als auch bei der künstlichen durch Inoculation mit dem spezifischen Virus, und der Serodiagnostik der Infektionskrankheit entspricht eine Serodiagnostik der Bakterien. Am genauesten studiert ist das Phänomen bis jetzt beim Typhus und hat hier auch die grosse Zahl der Veröffentlichungen den hohen praktischen diagnostischen Wert der Pfeiffer-Gruber-Widal'schen Reaktion bewiesen. Da bei der Diphtherie das Auftreten der agglutinierenden Kraft des Serums bis jetzt noch nicht sicher gestellt ist, hat Verf. diesbezügliche eigene Untersuchungen angestellt, und hat versucht, einmal die Agglutination an dem Serum experimentell inficierter Tiere den Immun- und Heilserumwert zu konstatieren, und dann durch gleiche Untersuchungen am Serum Diphtheriekranker die Frage einer klinischen Serumdiagnose der Diphtherie zu prüfen. Die Re-

Digitized by Google

sultate dieser Untersuchungen stimmen, wenngleich sie auch in einigen Punkten wesentlich von den Nicolas'schen abweichen, jedoch mit denselben darin überein, dass auch sie kein einheitliches Ergebnis lieferten. Verf. fasst seine Ergebnisse zusammen in folgende Sätze:

Agglutination lässt sich sowohl an dem Serum Diphtheriekranker, als am künstlichen Immunserum nachweisen; die Spezifizität der Erscheinungen ist eine bedingte. Ihr Vorkommen ist nicht konstant für alle Diphtheriekulturen und Diphtheriesera. Eine klinische Serumdiagnose ist infolge dessen unmöglich.

Eine Trennung von Diphtherie- und Pseudobacillen mit Hülfe der spezifischen Immunitätsreaktion gelingt nicht.

Das reine unverdünnte Diphtherieserum besitzt in vitro geringe entwicklungshemmende aber keine baktericiden Eigenschaften auf Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen. Klautsch, Halle a. S.

Behandlung der tuberculösen Peritonitis mit Röntgenstrahlen. Von Jusset und Bedart. (Echo med. du Nord Nr. 461, 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 1, 1899).

J. und B. berichten über einen Fall von chronischer, tuberculöser Peritonitis bei einem 4jährigen Mädchen, bei welchem wiederholte Punktionen, Laparotomie, eine grössere Anzahl von Creosotclysmen, Ueberernährung u. s. w. angewendet worden waren und trotzdem die Flüssigkeit sich immer bildete, ja noch mehr, die peritonealen Erscheinungen zunahmen, indem neue, anfangs nicht vorhandene, harte knollige Massen sich bildeten, die immer mehr zunahmen. Als Verff. sich entschlossen, die Röntgenstrahlen versuchsweise anzuwenden, konnte man mehrere kleine, peritoneale flache Knoten fühlen, welche dafür sprachen, dass die fibröse käsige Umwandlung bevorstehe. Auf tägliche Anwendung der Röntgenstrahlen bei einer Entfernung von der Haut von 13 cm mit Röhren von starker Intensität bildeten sich die Erscheinungen allmälig zurück und trat vollständige Heilung ein. Bemerkenswert ist, dass nach 50maliger Anwendung der Röntgenstrahlen in einer Dauer von 30 Minuten in den letzten 25 Sitzungen und einer Entfernung von 13 cm keine Spur von Dermatitis auftrat. Die den Röntgenstrahlen ausgesetzte Gegend zeigte nur eine starke Pigmentierung, die noch jetzt, 3 Monate nach der letzten Sitzung, deutlich wahrnehmbar ist. Von dem ersten Momente der Anwendung der Röntgenstrahlen begann der Ascites sich zu resorbieren, die Bauchwand wurde wieder geschmeidig, die harten, knolligen Massen verschwanden, das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Jede andere Behandlung wurde mit Beginn der Röntgenstrahlentherapie ausgesetzt. Wohl kommen auch spontan Heilungen von tuberculöser Peritonitis vor, es muss aber zugegeben werden, dass in diesem Falle keinerlei Neigung zur Heilung bestand, so dass alle Aerzte, die den Fall gesehen hatten, eine schlechte Prognose gestellt hatten. Man darf demnach mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass der glückliche Ausgang auf Rechnung der Einwirkung der Röntgenstrahlen zu setzen ist.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Akute Gastro-Enteritis der Säuglinge. Von Lesage. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 49, 1898.)

In der Sitzung der Société médicale des hôpitaux in Paris vom 28. November 1898 besprach L. auf Grund von 770 Fällen eigener Beobachtung die akute Gastro-Enteritis der Säuglinge. Insbesondere waren es die Monate August und September 1898, in welchen diese Erkrankung sehr stark wütete und eine Mortalität verursachte, die schon seit langem nicht beobachtet wurde. Auffällig aber war, dass sowohl die städtische als auch die Spitalsstatistik eine ansehnliche Anzahl von Todesfällen von Gastro-Enteritis aufweist bei Kindern, die entweder an der Brust oder mit sorgfältig sterilisierter Milch genährt wurden. Eine genaue Untersuchung hat zunächst ergeben, dass bei der Ernährung dieser Kinder keine Fehler begangen worden sind, so dass die Frage entsteht, warum diese Kinder während der grossen Hitze und Stürme zu Grunde gegangen sind? Dafür lassen sich 2 Hypothesen aufstellen: entweder handelt es sich 1. um die Gegenwart von Toxinen in der sterilisierten Milch, oder aber 2. um eine Veränderung des Darmgleichgewichtes unter dem Einflusse der Hitze oder der Stürme, eine Veränderung, welche auch auf die Eigenschaften der Bakterien und auf die Zunahme der toxischen Eigenschaften der eventuell im Darme befindlichen Gifte zurückzuführen ist. Was die erste Hypothese betrifft, so wäre es wohl möglich, dass in der Zeit zwischen Melken und Sterilisierung Toxine sich bilden, welche durch die Erhitzung der Milch nicht zerstört werden. Dieser Annahme widersprechen aber die Thatsachen, dass bei der genauesten Untersuchung keinerlei Toxine in der Milch gefunden werden konnten. Es bleibt daher nur die 2. Annahme, dahingehend, dass die Wärme oder die Stürme die biologischen Verhältnisse des Darmes verändern. Dafür spricht z. B. die Thatsache, dass im August 5 Brustkinder Enteritis bekamen, genau während der Temperaturzunahme und dieselbe verloren in dem Moment der Temperaturabnahme. Auch hat L. beobachtet, dass Stürme einen schlechten Einfluss auf die Säuglinge ausüben. Eine Erklärung für diese Erscheinung liegt nicht vor. Die Thatsache aber steht fest, das Luftveränderungen bei an Enteritis erkrankten Kindern einen günstigen Einfluss haben.

Was die Behandlung betrifft, so ist entschieden die Wasserdiät das wirksamste Mittel bei dieser Erkrankung. L. hat in 113 Fällen die Wirkung dieser Diät in Bezug auf das Fieber, das Körpergewicht und die Beschaffenheit der faecalen Massen genau studiert. In den leichten und mittleren Fällen mit Fieber von 38—38,5°, 5—10 Stühlen, Gewichtsabnahme von 20—40 g täglich, führte die Wasserdiät innerhalb zweier Tage zur Heilung. Die Wirkung auf die Diarrhöe ist nicht sehr auffällig. Die Quantität der Stühle nimmt in 4—5 Tagen ab, aber an Stelle der grünen tritt die gelbe Farbe, das Fieber fällt innerhalb 24 Stunden ab und auch das Körpergewicht beginnt zumeist zuzunehmen. In intensiven Fällen mit Temperaturen von 39—40°, 10—15 Stühlen, Gewichtsabnahme von 40—100 g täglich, tritt die günstige Wirkung nicht so häufig ein. Von 10 Kindern zeigten nur 2 eine evidente Besserung. Diese hängt von dem Grade der Intoxication ab. Die Wasserdiät vermag nur eine neuerliche Intoxication zu verhüten, auf die bereits statt-

Digitized by Google

gefundene aber kann sie nur wenig Einfluss ausüben, da die Toxine nicht im Blute bleiben, sondern sich rasch in den Organzellen fixieren. Die Wasserdiät kann höchstens 48 Stunden fortgesetzt werden, dann aber muss man entweder zur Brust oder, wenn dies nicht möglich, zur sterilisierten Milch übergehen. Die zu verabreichende Milchmenge darf nicht nach dem Alter des Kindes, sondern muss nach seinem Körpergewichte bemessen werden, so z. B. darf ein dreimonatliches Kind, welches 3 kg wiegt, nicht dieselbe Milchmenge erhalten, wie ein gleichalteriger Säugling, der 5 kg wiegt. Was geschieht nun, wenn man nach 48stündiger Wasserdiät einem Kinde plötzlich die seinem Gewicht entsprechende Menge Milch verabreicht? Ist die Intoxication eine leichte und kurzdauernde, so kann die plötzliche Wideraufnahme der Milchnahrung von guten Folgen sein, wenn aber die Intoxication noch nicht beendet und der Darmherd noch nicht ganz erloschen ist, kann die plötzliche Wiederaufnahme der Milchnahrung zu Recidiven führen. Am besten hat sich folgendes Verfahren bewährt: Nach Ablauf von 48 Stunden wird am 3. Tage früh und abends reine, sterilisierte Milch gegeben, während der übrigen Tageszeit Wasser. Am 4. Tage 3 mal Milch, den Rest des Tages Wasser und so fort, bis zur vollständigen Milchnahrung. Wenn die Wasserdiät nicht zum Ziele führt, so kann man dieselbe 3 oder 5 Tage später wieder versuchen, natürlich muss man dann mit grosser Vorsicht vorgehen. Man kann auf diese Weise selbst hartnäckige Fälle von Gastro-Enteritis langsam zur Heilung bringen.

Dr. Goldbaum, Wien.

Über Tonsillitis follicularis der Neugeborenen. Von S. Eröss (Ung. med. Presse No. 8, 1898.)

Bei 22 Neugeborenen hat E. Tonsillitis follicularis beobachtet, von welchen 2 erst einen und 2 zwei Tage alt waren. Der Anfang der Erkrankung fiel in 9 Fällen auf den 3., in 4 Fällen auf den 4., in 4 Fällen auf den 5. und in einem Falle auf den 7. Tag. Als disponierendes Moment muss die Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut angesehen werden; diagnostisch kommen in erster Reihe die lokalen Zeichen in Betracht, welche nicht so augenfällig sind, wie bei der Tonsillitis follicularis der ältern Kinder und der Erwachsenen. Das Exsudat erscheint zumeist in der Form kleiner, Stecknadelkopf-, seltener linsengrosser Knötchen, die anfangs weiss sind, später gelblich werden. Ihre Zahl betrug auf einer Mandel selten mehr, als 5—6; confluierende Plaques hat E. nicht beobachtet. Nach 1—3 Tagen stösst sich das Exsudat gewöhnlich ab, die Schleimhaut erblasst und bekommt wieder ihr normales Ansehen. Respirations- und Schlingbeschwerden fehlten. Von den 22 Fällen trat nur bei 11 Neugeborenen durch 1—$1^1/_2$ Tage Fieber auf. Im Allgemeinen zeigte das Befinden der Kinder keine auffallende Veränderung. Die mikroskopische Untersuchung des Exsudates ergab, dass es aus Fibrinstreifen bestand, zwischen welchen Epithelium, Detrituskerne, Bakterien und eine geringe Menge Leukocyten eingebettet waren. Die Therapie ist belanglos.

Dr. Goldbaum, Wien.

Digitized by Google

Zur Würdigung der Magenverdauung im Säuglingsalter. Von H. Wolf und J. Friedjung. Aus der Kinderspitalabteilung und Ambulanz d. allg. Poliklinik in Wien. (Arch. für Kinderheilkunde XXV. Bd. 3. und 4. Heft 1898.)

Die Verff. unternahmen es, die Leistungen des Säuglingmagens in den verschiedenen Magendarmerkrankungen und zum Vergleich in gesundem Zustand zu studieren. Sie heberten zu diesem Zwecke den Magen aus und untersuchten nach verschiedenen Richtungen hin. Die gewonnene Flüssigkeit wurde gemessen, makroskopisch beschrieben, dann filtriert und nach folgenden Gesichtspunkten verarbeitet: 1. Reaktion. 2. Freie Säure (Congopapier). 3. Salzsäure (n. Günzburg). 4. Milchsäure (n. Uffelmann). 5. Gesamtacidität (Titrierung mit $^1/_{10}$ Normalkalilauge). 6. Pepsin (Fibrinprobe). 7. Labenzym (n. Boas). 8. Buttersäure (Chlorcalciumprobe). 9. Essigsäure (Eisenchloridprobe). 10. Amylum. 11. Eventl. Produkte der Eiweissverdauung.

I. Akute Dyspepsie. 32 Fälle. Fast stets saure Reaktion, niemals alkalische, auch nicht bei Beimengung von Galle. In der Hälfte freie Säure, doch nur zweimal freie Salzsäure — unabhängig von der Verdauungsphase. Labenzym war 11 mal ausreichend vorhanden, ohne dass das Alter des Kindes eine Rolle dabei spielte, jedoch stets bei saurer Reaktion. Pepsin war 13 mal in ausreichender Menge nachweisbar, 5 mal gleichzeitig Labenzym. Milchsäure wurde 10 mal gänzlich vermisst.

II. Gastro-Enterocatarrhus acutus. 37 Fälle. Öfters neutrale Reaktion, selten freie Salzsäure, vorwiegend im nüchternen oder fast entleerten Magen, nicht abhängig von dem Alter, aber vielleicht von der Konstitution des Kindes. Milchsäure wurde in mehr als der Hälfte der Kinder vermisst. Diese steht in einem gewissen Verhältnis zum Salzsäurebefunde, indem sie im Beginne der Verdauung steil ansteigt, 1 Stunde nach der Nahrungsaufnahme ihre Kuppe erreicht, um dann allmählich abzusinken. Nach ihrer Resorption tritt dann erst die Salzsäure auf. Das häufige Fehlen der Milchsäure wird auf die Nahrungsbeschaffenheit geschoben. Labenzymprobe 18 mal vollständig in jeder Verdauungsphase und in jedem Alter ohne Abhängigkeit von der sauren Reaktion. 12 mal genügend Pepsin ohne nachweisbare Abhängigkeit von der Reaktion.

III. Enteritis follicularis. 3 Fälle. Allemal stark saure Reaktion, hohe Gesamtacidität, niemals freie Salzsäure, stets Milchsäure, niemals Labenzym, 1 mal Pepsin.

IV. Cholera infantum. 5 Fälle. Saure Reaktion dort, wo Milchsäure nachweisbar; freie Salzsäure fehlt. Auch dies darf nicht als typisch aufgefasst werden, da in einer jüngsten Untersuchung freie Salzsäure sehr leicht nachweisbar war. 3 mal Labenzym, sowohl im leeren, als auch im gefüllten Magen. 4 mal Pepsin.

V. Chronische Verdauungserkrankungen. 25 Fälle. 9 mal freie Säure, darunter 4 mal freie Salzsäure. 12 mal genügend Labenzym, 8 mal genügend Pepsin. Ein begünstigendes Moment für die positiven Befunde konnte nicht ausfindig gemacht werden.

Digitized by Google

VI. Gesunde Säuglinge. 4 Fälle. Inhalt des nüchternen Magens (3 Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme) neutral und nach allen Richtungen hin negativer Befund. Während der Verdauung saure Reaktion durch Anwesenheit von Milchsäure. Auch hier keine freie Salzsäure, Labenzym und Pepsin. Dies beweist, dass die Sekretion der „normalen" Verdauungsfermente grossen Schwankungen unterliegt.

Die Verff. kommen zu folgenden Schlusssätzen:

1. Die Magenverdauung im Säuglingsalter scheint für die Assimilation der Nahrung von untergeordneter Bedeutung.

2. Aus dem Fehlen oder Vorhandensein der normalen Sekretionsprodukte des Magens ist beim Säuglinge ein sicherer Schluss auf seine Verdauungsthätigkeit nicht zulässig.

3. Der Befund der Magensekretion bezw. Verdauung liefert bei den verschiedenen Verdauungskrankheiten der Säuglings keine charakteristischen Bilder.

4. Als sicher pathologisch ist blos die motorische Insufficienz, Hand in Hand damit eine über die normale Magenverdauungszeit hinaus währende Milchsäuregährung und vermutlich auch der Nachweis flüchtiger Fettsäuren anzusehen.

Die Verff. sprechen sich zum Schluss noch gegen das kritiklose Verschreiben der Salzsäure aus, welchen auch dann noch nicht genügend gerechtfertigt ist, wenn es sich auf die Analyse einer Probemahlzeit ohne Berücksichtigung der sonstigen klinischen Erscheinungen stützt.

Köppen-Norden.

Die Schädlichkeit der pasteurisierten Milch. Von Koplik. (Journal de Médicine de Paris, No. 37, 1898.)

K. ist gegen die Anwendung der pasteurisierten Milch als Nährmittel kleiner Kinder. In der Milch aus sogenannten Mustermeiereien findet man stets Keime. Die Milch, welche in den Städten grösstenteils zum Ernähren der Kinder gebraucht wird, ist eine solche, die ausser den nicht selten darin vorkommenden Infektions-Mikroben der Tuberkulose, Diphtherie, des Typhus und Scharlach noch besondere Bakterien enthält, die man stets zu erkennen vermag. Und das sind jene Bakterien, welche man als die Erreger der gastro-intestinalen Störungen der Kinder ansehen muss. Diese deletären Bakterien werden aber durch die übliche Pasteurisation nicht zerstört.

Unter dem Genusse der pasteurisierten Milch sieht man bei Kindern eine Reihe sehr bestimmt ausgesprochener Erscheinungen auftreten, die K. unter dem Namen einer »Milchvergiftung« zusammenfasste. Am häufigsten tritt zu allererst ein intestinales pathologisches Symptom auf. Die Kinder haben statt eines oder zweier Stühle deren fünf bis sechs; anfangs sind letztere gelb, krümelig und riechen sauer, oder sie sind grünlich und von widerlichem Geruch. Das Kind ist unruhig, hat Anfälle von Kolik und fiebert. In andern Fällen treten bei Kindern, die sich bei 3 –4 Stühlen scheinbar wohl befinden, zahlreiche grüne Stühle

Digitized by Google

ein von sehr unangenehmen Geruch, sehr sauerer Reaktion, und nach einer Dosis Rizinusöl kehrt das Befinden des Kindes zur Norm zurück. In noch anderen Fällen haben die Kinder drei bis vier normale Entleerungen und Tags darauf einen halbflüssigen, sehr sauren und widerlich riechenden Stuhl. In der Folge werden die Kranken sehr blass. Bei manchen Kindern sind die Stühle bloss vermehrt, Farbe und Geruch sind normal, aber die Entleerungen sind flüssiger, als sie sein sollen und die Kinder nehmen an Gewicht nicht zu. Am Abend stellt sich gewöhnlich eine Erhöhung der Temperatur ein. In allen diesen Fällen besteht die Behandlung in nichts anderem als darin, die pasteurisierte Milch durch die sterilisierte zu ersetzen, doch darf die Sterilisierung bei einer Temparatur von 100° nicht länger als 10 Minuten dauern; dann lässt man die Milch erkalten, konserviert lieselbe auf Eis oder einem Kühlapparat unter 20°. Goldbaum, Wien.

Die einfachste Nabelbehandlung bei Kindern und ein neues Reponierungsverfahren für eingeklemmte Hernien. Von Schliep. (Therap. Mon. 1898. Heft 9).

Da Verf. bemerkte, dass nach der Abnabelung jede auch noch so einfache Umwickelung des Nabelschnurrestes einer schnellen Eintrocknung hinderlich ist, so umhüllt er den Rest gar nicht, sondern bepinselt ihn nur mit 2—5% Argentumlösung; die Mumifikation erfolgt dann in 1 bis 2 Tagen. Ist die Nabelschnur nicht am 3. Tage abgefallen, so wird sie mit der Schere abgetragen, nur ein kleines Stückchen der mumifizierten Teile lässt man stehen. Stets markiert sich schon die Lösungsstelle, nässend lockert sie sich; es wird Formalingelatinepulver aufgestreut und über die kleine Hervorragung in Salicylcollodium getauchte Watte gelegt. Nach Verlauf von einigen Tagen wird dieser 1. Collodiumverband leicht mit dem Nabelschnurrest entfernt, die granulierende Stelle mit dem Arg. nitr.-Stift betupft, dann wieder Collodiumverband, denn er verhindert die Bruchbildung resp. hält den Bruch am einfachsten und sichersten zurück.

Wegen seiner Einfachheit und seiner ausserordentlich komprimierenden Wirkung ist der Collodiumverband für eine Anzahl von Brüchen zu empfehlen.

Die Behandlung eingeklemmter Brüche vermittels desselben lehnt sich an die Aetherbehandlung, es kommt noch die Kompressionswirkung des Collodiums hinzu. Die Technik ist einfach. Rasiere, wo es nötig ist, giesse alsdann ca. 50 g Collodium in eine Untertasse, tauche hierein eine dünne Schicht Watte etwa von der Grösse eines Handtellers, diese lege auf die Bruchstelle, drücke sie mehrmals leicht der Haut an, tränke sie noch einmal mit dem letzten Rest Collodium. Die bald eintretende, ganz gleichmässige Kontraktion in Verbindung mit der Aetherwirkung leistet mehr als die manuellen Taxisversuche.

Bleibt der Verband ohne Erfolg, so fühlt sich der Patient bis zur Operation besser, wenn er mit einem Collodiumverband versorgt ist.

Schnell, Egeln,

Digitized by Google

Verband bei Oberarm-Fraktur. Von Köppen. (Zeitschr. f. prakt. Ärzte 1898 Nr. 19.)

Für Brüche des Oberarms im chirurgischen Halse und in der Nähe desselben empfiehlt K. eine von Aikins angegebene Schiene, bei der die Extension in einfacher Weise erreicht wird: Ein einige Centimeter breites Bandeisen wird mit der Hand so geformt, dass es von der Brust aus im Bogen über die Schulter des gebrochenen Armes — ohne diesem direkt anzuliegen — an der äusseren hinteren Seite des Armes hinab bis unterhalb des Ellenbogengelenkes verläuft, von wo es nach einwärts gegen die Mittellinie gebogen wird, so dass es unter dem im rechten Winkel stehenden Vorderarme herläuft. Die vorher ausgepolsterte Schiene kann mit Heftpflasterstreifen befestigt werden. Auf den Unterarm kann man eine muldenförmig gebogene Schiene legen und auch das Bandeisen heranziehen. Gegen Rosten überziehe man die Schiene mit verflüssigtem Paraffin.

Zu bemerken ist noch, dass der obere Schenkel der Schiene mindestens so lang sei, dass er ebensoweit unterhalb der Clavicula reiche, als oberhalb derselben. Man passe ihn den Umrissen der Schulter — in einer Entfernung überall von 2—3 cm — genau an und drehe die mediane Kante des Bandeisens genügend nach aufwärts, damit sie nicht drückt. Die Polsterung auf der Brust muss insbesondere wegen der dort liegenden Clavicula eine genügend starke und wegen des anzuhaltenden Zuges eine feste sein. Die Länge des Mittelstückes werde nicht zu kurz genommen, damit der Vorderarm dem unteren Schenkel nachher nicht anliege. Dieser reiche am besten bis über das Handgelenk hinaus, um letzterem als Stütze zu dienen. Beide Schenkel kommen annähernd in eine Ebene zu liegen.

Die Aikins'sche Schiene scheint besonders für kindliche Oberarmbrüche wertvoll zu sein. Für das kindliche Alter ist die Befestigung der Schiene durch Binden derjenigen durch Heftpflasterstreifen vorzuziehen. Schnell, Egeln.

Angeborene Knickung des Femur beiderseits. Von J. B. Ranneft, (Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, V. Band).

Ein sechsmonatlicher, sonst vollkommen wohlgebildeter Knabe zeigt bei normaler Beweglichkeit der Extremitäten eine wesentliche Verkürzung der Oberschenkel gegenüber den Unterschenkeln und der übrigen Körperlänge. Ca. 3 cm unterhalb des Troch. maj. zeigt je ein flaches Hautgrübchen eine Verwachsung der Haut mit dem Periost des Femur an. Diese Narbe korrespondiert mit dem Gipfel einer leichten Einknickung der Diaphyse des Femur. Keine Schmerzen. Messung ergiebt eine ungefähre Verkürzung von rechts um $3^1/_2$, links um $1^1/_2$ cm. Das Kind hat ausserdem eine partielle Gaumenspalte und zwei Leistenbrüche.

Die Anamnese giebt keinen Fingerzeig. Die älteren Geschwister des Kindes sind wohlgebildet. Die Geburt verlief normal, während der Schwangerschaft wirkte keinerlei Trauma auf die Mutter ein.

Digitized by Google

Die zunächst sich aufdrängende Annahme einer geheilten Infraktion findet an der Anamnese keine Stütze; sie könnte sicherlich nur durch ein ganz bedeutendes Trauma entstanden sein.

Die Hautnarbe macht es wahrscheinlich, dass durch ein räumliches Missverhältnis zwischen Fötus und Amnionhöhle eine Verwachsung zwischen beiden entstanden ist, die an den Extremitäten zerrte und später zerriss. Die anderen an dem Kinde vorgefundenen Anomalien machen diese Annahme eines allgemein wirksam gewesenen Agens glaubhaft. Friedmann, Beuthen O.-S.

Das Airol, seine Anwendung in der Chirurgie und insbesondere bei der secernierenden Otitis media. Von Christiani. (Suppl. al Policlin. 1898. Klinisch-therapeutische Wochenschrift 1898.)

Ch. hat auf Grund seiner reichen Erfahrung gefunden, dass das Airol in der chirurgischen Praxis ein vollwertiger Ersatz des Jodoforms ist und wegen der Geruchlosigkeit den Vorzug vor diesem verdient. In Contact mit den Geweben nimmt das Airol in Folge der raschen Jodentwickelung eine lichtgelbe Farbe an. Es wirkt auf die Respirationsvorgänge in den Geweben in rascher und augenfälliger Weise ein. Zunächst erprobte Ch. das Airol bei den verschiedenartigsten Verletzungsformen und fand, dass es sowohl bei diesen als bei atonischen und torpiden Geschwüren, bei nässenden Hautkrankheiten, bei Rhinitis und Conjunctivitis — hier auch bei diphtheritischer —, weiter bei Abscessen und Phlegmonen, sowie bei Knochentuberkulose sehr gute Dienste leistete. Dasselbe konnte auch bei der im Kindesalter so häufigen Otitis media constatiert werden. Hier ist das Airol geradezu als souveränes Mittel zu bezeichnen, welches die früheren laugwierigen Methoden überflüssig macht, namentlich die bei Kindern schwer durchführbaren Irrigationen erspart. Bei der Airolbehandlung wird zuerst der äussere Gehörgang mit in Bor- oder Sublimatlösung getränkter hydrophiler Watte, dann mit trockener hydrophiler Watte gereinigt und dann mittelst Tampon das Airol eingebracht. In Fällen, wo die Kinder das Tampon entfernen, kann man eine Salbe von

Rp. Airol 5.0
Glycerin oder Ung. simpl. 20.0

anwenden und diese auf hydrophile Watte appliciert in den Gehörgang einbringen. Dr. Goldbaum (Wien).

Gesundheitspflege.

— Hygienische Schulerziehung. Von E. Wegener. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1898, No. 8.)

Das Ideal der Erziehung, die harmonische Ausbildung aller Kräfte, vermag die heute geltende Anlage des Unterrichts nicht zu erreichen.

Digitized by Google

Sie bildet den Geist auf Kosten des Körpers. Das Verhältnis der Turn- zu den Arbeitsstunden ist völlig unzureichend. Wie Prof. Fuchs in Lüttich nach Dürr mitteilt, kamen auf einen Schüler vom 10.—19. Jahr:

In Deutschland 20000 Arbeitsstunden auf 560 Turnstunden, in England 16000 Arbeitsstunden auf 4500 Turn- und Spielstunden. Dieses Missverhältnis zwischen körperlicher und geistiger Schulung findet seinen Ausdruck in dem Überhandnehmen von Blutarmut, mangelhafter Entwicklung des Muskel-, Überreizung des Nervensystems, Kurzsichtigkeit u. s. w.

Eine naturgemässe Entwicklung unserer Schuljugend kann nur erreicht werden bei Gleichberechtigung der körperlichen und geistigen Erziehung in der Weise, dass der Vormittag der geistigen, der Nachmittag der körperlichen Erziehung gewidmet wird. Das Turnen muss täglich geübt und durch Jugendspiele ergänzt werden. Die hier und da bereits eingeführten Schulbrausebäder, die abgesenen von ihrer sanitären Bedeutung den Sinn für Reinlichkeit und Ordnung wecken, müssen verallgemeinert werden. Als obligatorischer Unterrichtsgegenstand müsste weiterhin das Schwimmen aufgenommen werden, das gymnastisch in gleicher Weise wie hydriatisch die Funktionen des Körpers anregt, wie keine andere Leibesübung.

Mehr Beachtung als bisher verdient ferner die Einrichtung von Schulwanderungen. Sie gewährleisten den längeren Aufenthalt im Freien und wecken die Liebe zur Natur. Ein ähnliches Ziel verfolgt die Pflege des Schulgartens, wie sie in Österreich, der Schweiz und in Schweden eingeführt ist.

Um richtige Vorstellungen über die Bedingungen eines gesundheitsgemässen Lebens zu bilden, müsste die Schulhygiene als Lehrgegenstand aufgenommen werden. Friedmann-Beuthen.

Rezensionen.

Medizinal-Kalender und Rezept-Taschenbuch für 1899. Herausgegeben von Dr. H. Lohnstein. Berlin, Oskar Coblentz. Preis 2 Mark.

Kalender für Frauen- und Kinderärzte für 1899. Herausgegeben von Dr. Eichholz und Dr. Sonnenberger. Kreuznach, Ferd. Harrach. Preis 2 Mark 50 Pf.

Der L.'sche Medizinalkalender erfreut sich unter den praktischen Aerzten einer grossen Beliebtheit. Er ist sehr handlich und enthält ausser den gewöhnlichen Kalender-Beigaben noch eine Anzahl wichtiger und interessanter Aufsätze, so die Behandlung der Gonorrhoe, diejenige geistig zurückgebliebener Kinder, praktische Bemerkungen zur Behandlung der Frakturen u. s. w. —

Digitized by Google

Auch der „Kalender für Frauen- und Kinderärzte" erfreut sich einer stets wachsenden Verbreitung und grossen Anerkennung seitens der Kritik. Er ist gegen früher handlicher geworden und enthält eine Reihe von trefflichen Aufsätzen aus dem Gebiete der Frauen- und Kinderheilkunde. Wir nennen von letzteren: Die Sprachstörungen der Kinder von Liebmann, zu Kenntnis des Abdominaltyphus im Kindesalter von Schmey, dermatotherapeutische Notizen von Saalfeld u. s. w.

Die Hyperplasie der Rachentonsille und die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. Von Dr. Gustav Abeles. Medic. Bibliothek No. 136—138. Leipzig, C. G. Naumann, 1898. Preis 1 Mark 50 Pf.

Das vorliegende Werkchen ist eine der ausführlichsten Monographien über eine Reihe von Krankheitszuständen, die vorwiegend das Kindesalter betreffen und deren Folgen sich für die normale Entwickelung desselben in unheilvoller Weise geltend machen. Das eingehende Studium des Werkchens ist daher für den praktischen Arzt äusserst wichtig. S.

Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen. Von Privatdocent Dr. H. Walther. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1898. Preis 2 Mark.

Für den W.'schen Leitfaden ist die beste Empfehlung das beigegebene Vorwort des bekannten Giessener Geburtshelfers Prof. Löhlein. In einer Reihe von Kapiteln giebt W. unter Berücksichtigung der notwendigen anatomischen und physiologischen Grundlagen das Wichtigste in Betreff der Pflege von Wöchnerinnen und Neugeborenen, ferner das, was sich auf die Vorbereitung gynäkologischer Operationen und auf die Nachbehandlung operierter Frauen bezieht. In erster Linie ist das Buch für Wochenpflegerinnen bestimmt. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— A case of progressive muscular dystrophy. Von A. Eshner. Der vorliegende Fall von progressiver Muskeldystrophie ist ein typisches Beispiel für die pseudohypertrophische Varietät. In dem „Orthopaedic Hospital and Infirmary for Nervous Disease" wurden 20 Fälle von Muskeldystrophie beobachtet, davon 18 in den Jahren 1886—96 bei einer Krankenzahl von 8666. In den meisten Fällen schien die Krankheit angeboren. Die ersten Symptome traten in der Mehrzahl im ersten Lebensjahr, bei den ersten Gehversuchen und fast stets vor dem 10. Jahre hervor. Das männliche Geschlecht war 16 mal, das weibliche 4 mal betroffen. In mehreren Fällen waren die Kinder erblich belastet, (Tuberkulose, Alkoholismus, Paralyse, Wahnsinn); einige Fälle betrafen mehrere Kinder derselben Familie. 11 mal gingen dem Auftreten der Symptome akute Infectionskrankheiten vorher, ohne dass ein Zusammenhang zwischen diesen und der Dystrophie in ätiologischer Beziehung

Digitized by Google

nachweisbar war. Mehrmals lag eine Geburtscomplication und Anwendung von Instrumenten bei der Entbindung, in anderen Fällen Traumen z. B. Fall auf den Rücken vor. Bei der schwarzen Race scheint die Krankheit selten aufzutreten. — Verf. ist der Ansicht, dass sehr wahrscheinlich die Krankheit und ihre Entwickelung von einem embryonalen Defect abhängig ist. (The. Phil. Polycl. 1898.) v. Boltenstern (Bremen).

— Über Vaccine-Blepharitis berichtete in der medizinischen Gesellschaft zu Giessen Vossius am 7. Juni 1898, indem er ein 2jähriges Mädchen vorstellte, welches 3 Tage nach der Impfung von einer einem Hordeolum-ähnlichen Lidrandentzündung befallen wurde. Es kam zu einer hochgradigen Schwellung und Rötung beider Lider des rechten Auges; am oberen und unteren Lide war die äussere Hälfte des Lidendes von einem unregelmässigen diphtheritischen Geschwür eingenommen; die Hornhaut war intakt. Das diphtheritische Geschwür heilte unter einem mit Nosophen-Vaseline bestrichenen Verband innerhalb 8 Tagen ab. Die Wimpern fielen sämtlich aus und wuchsen auch nicht wieder nach.

In derselben Sitzung stellte V. einen Fall von Cojunctivitis crouposa bei einem acht Monate alten Kinde vor. In diesem Falle konnten Loeffler'sche Bacillen nachgewiesen werden. Der Verlauf der Heilung wurde durch Injektion von Heilserum günstig beeinflusst, da darnach die Membranbildung auf der Bindehaut aufhörte. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1898, No. 34.) Schmey, Beuthen.

— Pemphigus vulgaris und Pemphiguskachexie. Von Kreibich. In der Sitzung des Wiener mediz. Clubs vom 30. Nov. 1898 stellte K. einen 12jährigen Knaben mit Pemphigus vulgaris und P.-kachexie vor. Die Hautaffektion begann vor 4 Monaten am Halse und verbreitete sich in unregelmässiger Anordnung über den ganzen Körper. Es bildeten sich fortwährend in Attaquen ohne Fieber auf der Haut erythemartige Efflorescenzen, welche in wenigen Stunden zu Blasen mit serösem Inhalt wurden, die bald platzten und sich mit einem eitrigen Belag bedeckten. Dann erfolgte allmälig Überhäutung, wobei die befallenen Stellen zuerst Hyperämie und dann Pigmentierung zeigten. Die Schleimhäute sind bei dem Kranken intakt, das Allgemeinbefinden ist erheblich gestört.

In derselben Sitzung führt K. ein junges Mädchen mit einem chronischen Pemphigus circinnatus vor. Die Affektion besteht hier seit 2 Jahren; um eine Blase entstehen in kreisförmiger Anordnung neue Blasen, während das Centrum unter Pigmentierung abheilt.

Dr. Goldbaum, Wien.

Receptformeln für die Kinderpraxis.*)

Rp.

Extract. Filic. mar. recent. parat. 3,0—5,0

Rp.

Apomorphin. mur. 0,02
Codein phosphoric. 0,01

*) Obige Receptformeln sind dem soeben erschienenen Werk: „Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten" von Docent Dr. A. Neumann, (Berlin, O. Coblentz) entnommen.

Digitized by Google

Electuar. e Senn. 15,0—30,0
DS. in ½ Stunde nüchtern in Pflaumenmus z. n.
Taenien.

Rp.
Hydrargyr. cyanat. 0,01
Aq. destillat 100,0
Glycerin. 10,0
MDS. stdl. 1 Thee- bis 1 Kinderlöffel.
Diphtherie.

Rp.
Kal. jodat.
Natr. bicarb.
oder Chlor. hydrat. aa. 1,0.
Aq. destillat 80,0
Syr. Rub. Id. 30,0
MDS. 2—3 stündlich 1 Thee- 1 Kinderlöffel
Asthmatischer Anfall.

Ac. mur. 0,2
Aq. destillat 100,0
MD. ad vitr. nigr. S. 2—3 stdl. 1 Kinderlöffel
Bronchitis acuta (3. Lebensjahr).

Rp.
Inf. rad. Ipecac. (0,1): 100,0
Extract Belladonn. 0,02
DS. 2—4 stdl. 1 Theel.
Bronchitis acuta (Ende des 1. Lebensjahres).

Rp.
Formalin 10,0
Aq. destillat 100,0
DS. 1 Essl. auf 1 Liter Wasser, zur Irrigation.
Vulvovaginitis.

Kleine Mitteilungen.

Ein von Dr. Goldberger in Wien gestifteter Preis im Betrage von 750 fl. ist durch die Gesellschaft der Ärzte in Wien zur Ausschreibung gelangt. Das Thema lautet: „Ueber digestive Wirkungen von Mikroorganismen mit Rücksicht auf die Verdauung des Menschen." Um den Preis können Ärzte aus Österreich und Deutschland konkurrieren. Die Einsendung der mit Motto versehenen Arbeiten hat bis 15. Mai 1900 an das Präsidium der genannten Gesellschaft zu erfolgen.

Eugallol, Lenigallol und Saligallol sind von der chem. Fabrik Knoll & Co. in Ludwigshafen hergestellte neue Pyrogallolderivate, von denen für die Kinderpraxis hautsächlich das Lenigallol sehr brauchbar sein soll. Es darf als eines der besten bisher bekannten Mittel für Ekzembehandlung angesehen werden. Es stellt ein in Wasser ganz unlösliches Pulver vor und wirkt in hohem Grade juckstillend sowie austrocknend. Nach Kromayer, Veth, Bottstein u. A. sollen die hartnäckigsten Ekzeme in kurzer Zeit durch das Mittel zur Heilung gelangen. Vergiftungserscheinungen sind in mehr als 100 Fällen nicht beobachtet worden. (Receptformeln siehe Januarheft der „K.-A." d. J.).

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, zuzüglich Porto mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. direkt unter Kreuzband 21,50 M. Ausland 23 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **8. März 1899.** **Heft 3.**

Inhalt: Originalien: 1. **Koch,** Über Darminvagination im Kindesalter. 49. — 2. **Wille,** Der erste bleibende Molar mit Beziehung auf die Praxis bei Kindern. 52. — Referate: **Salomon,** Placentare Infektion. 56. — **Kissel,** Stomatitis ulcerosa. 57. — **Fischl,** Darmeinschiebungen. 58. — **Hajech,** Mastdarmvorfall 58. — **Schellong,** Darmeingiessungen bei der Behandlung der habituellen Verstopfung. 59. — **Gersoni,** Fettgehalt der Milch von stillenden Frauen 60. — **v. Notthafft,** Die Verhärtungen des Zellgewebes bei Neugeborenen. 61. — **Levy,** Über die Behandlung des Bettnässens. 62. — **Gumpert,** Eiweisspräparate. 63. — **Schlesinger,** Sanatogen. 63. — **Keller,** Saccharin 63. — Gesundheitspflege: **Finkelstein,** Über Morbidität und Mortalität in Säuglingsspitälern und deren Ursachen 64. — Rezensionen: **Mracek,** Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten. 67. — **Donath,** Die Anfänge des menschlichen Geistes. 67. — **Pagel,** Medizinische Deontologie. 68. — **Landerer,** Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. 68. — **Naunyn,** der Diabetes mellitus. 69. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 69. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 71. — Kleine Mitteilungen 72.

Über Darminvagination im Kindesalter

Von

Dr. R. Koch in Nidda.

Die Invagination oder Einstülpung eines Darmteils in einen anderen ist eine wichtige und prognostisch ernste Erkrankung, die im frühen Kindesalter keineswegs selten ist, und die, wie aus einer circa 300 Fälle umfassenden Statistik Leichtensterns hervorgeht, vorzugsweise Säuglinge, resp. Kinder im ersten Lebensjahre befällt.

Am häufigsten ist wohl die Ileocoecalinvagination, also Ileum mit Coecum ins Colon ascendens, es kann aber auch letzteres umgestülpt ins Colon transversum, ja bis ins Colon descendens herabreichen, so dass mitunter das freie Ende der Invagination im Mastdarm erscheinen und selbst aus dem After heraustreten kann.

Nach der Einstülpung kommen nun 3 Darmstücke übereinander zu liegen, das äusserste, das Intussuscipiens oder Scheide und das mittlere Stück, das Intussusceptum, kehren sich die Schleimhaut, das mittlere und innerste die Peritonealfläche zu.

Digitized by Google

Das Mesenterium des Intussusceptum wird natürlich mit eingestülpt, und es entwickelt sich infolge dessen eine rasch zunehmende Behinderung der Blutzirkulation mit consecutiver Blutung aus der Schleimhaut des eingeschobenen Darmstücks. Bald zeigen sich die Symptome einer heftigen, partiellen Darmentzündung, schmerzhafte Auftreibungen, die in einzelnen Fällen als wurstförmiger Tumor an den Bauchwandungen zu fühlen sind. Im weiteren Verlauf tritt dann allgemeine Peritonitis hinzu, und ein tötlicher Collaps endet gewöhnlich das entsetzliche Leiden nach einer Krankheitsdauer von 4—8 Tagen.

Hie und da kommt wohl einmal ein Fall von Naturheilung in der Art vor, dass sich das gangränöse Darmstück losstösst und durch vorangegangene Verklebung die Kontinuität des Darmes erhalten bleibt. Doch ist dies äusserst selten, auch bleibt dann immer eine Verengerung des Darmes an der betreffenden Stelle zurück, von welcher aus wieder neue Gefahren drohen.

Gewöhnlich ist der Ausgang der, dass die meisten, auch nach Ausstossung des brandigen Darmstücks noch nachträglich an allgemeiner Peritonitis, Darmgangrän oder Erschöpfung zu Grunde gehen.

Bezüglich der Diagnose, die gerade hier möglichst früh gestellt werden muss, treten 3 Symptome in den Vordergrund, es sind dies: Stuhlverstopfung, Erbrechen und Abgang von Blut aus dem After.

Gewöhnlich beginnt die Erkrankung ganz plötzlich mit kolikartigen Schmerzen und Erbrechen von Speiseresten, resp. Schleim und Galle, anfänglich ist der Stuhl diarrhoisch, mit Kotresten vermischt, später tritt hartnäckige Verstopfung ein und es werden unter heftigem Tenesmus nur schleimige Massen und zwischendurch reines Blut aus dem After entleert.

Das Abdomen wird gewöhnlich vom 2. Tage an tympanitisch und äusserst druckempfindlich, die Kinder bekommen ein verfallenes Aussehen, leiden an quälendem Durst, der Puls wird klein, fadenförmig, dabei tritt eine auffallend rasche Abmagerung ein.

Manchmal gelingt es, besonders so lange noch keine meteoristische Auftreibung des Abdomen vorhanden ist, die Invagination als wurstförmigen, glatten und beweglichen Tumor in der Gegend der rechten Darmbeingrube, resp. des Colon transversum zu fühlen. Reicht die Invagination bis in den Mastdarm, so kann man mit dem eingeführten Zeigefinger mitunter die Spitze des Intussusceptum erreichen.

Was die Behandlung betrifft, so muss vor allem jedes Abführmittel wegbleiben; man versuche: Eingiessungen grosser, eiskalter Wassermengen in das Rectum, Magenausspülung, leichte vorsichtige Massage des Abdomen und gebe Opium. Sollte jedoch nicht alsbald Reposition des invaginierten Darmstücks eintreten, so ist eine möglichst frühzeitige Laparotomie, die bei der heutigen chirurgischen Technik fast keine Gefahr mit sich bringt, dringend indiciert.

Bestehen dann, wie dies bei frühzeitigem Eingreifen wohl stets der Fall ist, noch keine entzündlichen Verklebungen, so gelingt es meist leicht, das invaginierte Darmstück herauszuziehen und somit durch eine

Digitized by Google

kurze und verhältnissmässig ungefährliche Operation momentan die schweren Krankheitssymptome zum Verschwinden zu bringen.

Wurde die Diagnose zu spät gestellt oder aus sonstigen Gründen zu lange mit der Operation gewartet, so werden meist schon Verwachsungen resp. durch die hochgradige venöse Stase in dem invaginierten Darmstück gangränöse Stellen entstanden sein, es müssen eventuell Darmresektionen oder sonstige komplizierte Eingriffe vorgenommen werden, die der durch die schwere Krankheit bereits geschwächte, zarte kindliche Organismus kaum ertragen dürfte.

Als äussersten Zeitpunkt für die noch Erfolg versprechende Operation nimmt man nach der übereinstimmenden Angabe verschiedener Autoren 48 Stunden an.

In nachfolgendem teile ich einen Fall aus meiner Praxis mit, wo die Diagnose frühzeitig gestellt und das 8 Monate alte Kind durch Laparotomie gerettet werden konnte.

Am 14. Juni 1895, Abends 9 Uhr, kam ein Mann aus dem Dorfe B. zu mir mit der Angabe, sein Enkelchen, ein seither sehr gesundes, kräftiges Bübchen von 8 Monaten sei seit circa 6 Tagen an Durchfall erkrankt, ohne dass das Allgemeinbefinden gestört gewesen wäre. Seit heute Abend sei das Kind plötzlich schlimmer geworden. Es schreie fortwährend vor Schmerzen, habe schon öfters erbrochen, auch sei mit den wässrig-schleimigen Entleerungen mehrmals Blut fortgegangen.

Nach dieser Beschreibung nahm ich an, es handle sich um eine katarrhal. Diarrhöe, resp. um die sog. dysenterische Form derselben.

Meine Verordnung bestand bezüglich der Diät in theelöffelweisen Gaben von Eiweisswasser und kaltem Thee mit Kognak, als Arznei verschrieb ich eine Salzsäuremixtur mit 2 Tropfen Opiumtinktur, daneben Irrigation mit 2% Alaunessiglösung und Priessnitzumschlag um den Leib.

Am folgenden Tag hatte ich Gelegenheit, das Kind zu sehen. Wie mir die Angehörigen mitteilten, war inzwischen kein Stuhlgang mehr erfolgt, dagegen hatte das Kind fast fortwährend jämmerlich geschrieen und öfters bräunlich gefärbte Flüssigkeit erbrochen.

Ich fand das Kind blass aussehend, kollabiert, die Temperatur war nicht erhöht, die Zunge dick belegt, das Abdomen etwas meteoristisch aufgetrieben und schon bei leiser Berührung äusserst schmerzhaft.

Die Palpation des Abdomen ergab in der Nabelgegend einen querverlaufenden, wurstförmigen Tumor, der sich vom linken Hypochondrium nach abwärts bis zur Darmbeingrube verfolgen liess.

Während dieser Untersuchung entleerte sich unter heftigem Geschrei des Kleinen etwa $^1/_2$ Theelöffel reines Blut aus dem After.

Nun waren die 3 Kardinalsymptome — Verstopfung, Erbrechen und Blutabgang aus dem After — vorhanden, und die Diagnose auf Invagination war leicht zu stellen. Mit dem in den After eingeführten Zeigefinger konnte ich die abgerundete Spitze des Intussusceptum ganz deutlich fühlen.

Ich versuchte nun durch mehrmals wiederholte Eingiessung von Eiswasser mit nachfolgender, vorsichtiger Massage des Abdomen die Invagination zu heben, jedoch vergebens.

Digitized by Google

Nun blieb nichts mehr übrig als die Laparotomie. Von Lufteinblasungen und Magenausspülung versprach ich mir nicht viel. Ich liess daher das Kind in die chirurgische Klinik nach Giessen bringen, wo am 16. Juni Abends, etwa 46 Stunden nach stattgehabter Invagination, die Laparotomie von Herrn Professor Dr. Poppert ausgeführt wurde.

„Die Invagination liess sich leicht finden, sie reichte von der Mitte des Querkolons bis herab in den Mastdarm. Aus der Bauchhöhle floss eine reichliche Menge rötlich-gelber Flüssigkeit. Das Peritoneum war stark blutüberfüllt, Zeichen einer eitrigen Peritonitis waren jedoch nicht vorhanden. Der Versuch, durch vorsichtiges Ziehen am Ileum die Einstülpung zu lösen, führte nicht zum Ziel, erst als gleichzeitig das Ende des Intussusceptums durch Streichen und Kneten nach rückwärts geschoben wurde, liess sich der eingestülpte Darm entfalten; zuletzt kam das Coecum mit dem Processus vermiformis zum Vorschein, es lag demnach eine typische Invaginatio ileocoecalis vor, bei der die Valvula Bauhini die Spitze des eingescheideten Darmes bildet.

Das Kind erholte sich nunmehr rasch, die völlige Wiederherstellung wurde nur durch den noch einige Zeit fortbestehenden Darmkatarrh verzögert, sodass die Entlassung aus der Klinik erst am 9. Juli erfolgen konnte. Der Knabe hat sich in der Folgezeit vollkommen normal entwickelt."

Der glückliche Ausgang dieses ernsten Falles ist wieder ein Beweis für die wohl allgemein zur Geltung kommende Ansicht, dass jede Invagination, die nicht baldigst auf therapeutische Eingriffe hin zurückgeht, dem Chirurgen überwiesen werden muss, weil nur durch eine frühzeitige Laparotomie ein glücklicher Erfolg zu hoffen ist.

Der erste bleibende Molar mit Beziehung auf die Praxis bei Kindern.

Von

Zahnarzt Wille (Worms).

Der erste bleibende Molar, der sechsjährige Molar, wie die fehlerhafte Bezeichnung für den meist im siebenten Lebensjahre erscheinenden ersten bleibenden Zahn ist, le dent de sept ans, wie der Franzose etwas richtiger sagt, der Schulzahn, wie begeisterte Puristen ihn nach Analogie von Schulranzen nennen möchten, ist für so manches Menschenkind ein echtes Danaer-Geschenk der Natur, bestimmt zwar zum festen Stützpunkt des Kauaktes für den Zeitraum von mindestens sechs Jahren, meist jedoch durch menschliche Kurzsichtigkeit und Unachtsamkeit umgestimmt zum Verderber einer Reihe von nachfolgenden Zähnen, der regelmässigen Bissstellung, ja der natürlichen Schönheit des Antlitzes. Erklärlich ist, dass dieser vielseitige Zahn, da er im frühen Kindesalter erscheint, mehr wie alle nachfolgenden den Arzt beschäftigen, mehr sowohl in Bezug auf Erhaltung wie auf Entfernung zu wichtigen Fragen anregen wird.

Digitized by Google

Wenn die Ärzte und die Zahnärzte, noch bis vor kurzem in Bezug auf letztere Fragen durchaus geteilter Ansicht waren, was will man da vom Publikum sagen, welches heute noch in der verhängnisvollen Ansicht verharrt, dass erst nach Ausfallen aller Milchzähne die bleibenden erscheinen, dass jene, da sie doch einmal dem Untergang verfallen, keiner erheblichen Beachtung oder gar zahnärztlichen Behandlung bedürfen und so unter denselben ungünstigen Bedingungen die ausbleibenden mit den temporären Zähnen leiden lassen.

Es wiederholt sich hier die Erfahrung im Kleinen, die Ignaz Semmelweiss bei seiner ungleich wichtigeren Kasuistik des Puerperalfiebers machte, dass erst die allgemein von den Ärzten geteilte Ansicht dem Laienpublikum als Stempel der Wahrheit einer These gilt und zur Beachtung der Gefahr auffordert. Wie nötig dies ist, wie weit entfernt wir von dem Ziel sind, dass beweisen die furchtbaren Zahlen, die Röse in den Volksschulen Freiburgs feststellte. „Unter den Knaben besassen 98,5%, unter den Mädchen sogar 99% mehr oder weniger hohle Zähne" — von 81036 untersuchten Zähnen!

An der in Fachkreisen bis dahin herrschenden Stellung über die eigenartige Wichtigkeit des ersten bleibenden Molaren war neben anderen vornehmlich Andrieux schuld. Erst durch deutsche Forscher (Röse, Berten, Fenchel u. a.) wurde die dem Zahne zukommende Bedeutung festgestellt und die verderbliche Schlussfolgerung Andrieux's widerlegt.

Hatte man früher geglaubt, aus der Thatsache, dass beim Neugeborenen einzig in dem ersten bleibenden Molaren durch Aufnahme von Kalksalzen in dem schon vorhandenen Zahnscherbchen gleichzeitig mit den bereits im Kiefer vorgebildeten Milchzähnen die Verkalkung sich vollzieht, eine Art Mittelglied zwischen bleibenden und temporären Zähnen in jenem sehen zu sollen, so war es Röse vornehmlich vorbehalten, diesen Irrtum zu zerstören und festzustellen, dass die Entwicklung des ersten, zweiten und dritten Molaren in derselben Weise vor sich geht, dass nach Abschnürung der Milchzahnsäckchen von der Zahnleiste des Fötus das Wachstum jener Molaren unbehindert fortdauert, dass alle denselben Ursprung von der nach hinten wachsenden Epithelleiste haben. Aber auch die gleichmässige Ernährung und Innervation durch den n. und die art. alveolaris superior und inferior hätte den Irrtum nicht aufkommen lassen sollen, da die Nerven und Arterien der Milchzähne, sobald diese ihren Zweck erfüllt haben, veröden und so indirekt die Wurzeln dieser Zähne der Resorption überantworten. Wo in späterem Alter Milchzähne persistieren, stehen sie als Fremdkörper im Kiefer und deuten durch den Mangel an Transparenz, ihr eigentümlich opakes Aussehen dies an. Dies schliesst nicht aus, dass sie dem Gebrauche dienen, wie in einem uns bekannten Falle von mangelnder Dentition, wo ein kräftiges 22jähriges Landmädchen ihre oberen kleinen Schneidezähne so wenig bekommen hat, wie die unteren und statt der letzteren die stark abgekauten Milchzähne trägt.

In einer klassischen Arbeit hat Röse*) endlich nachgewiesen, dass „nur eine Schicht Odontoblastem die Zahnbeinbildung besorgt" und

*) C. Röse: Zur Histologie und Histogenese der Knochen- und Zahngewebe. Zahnärztl. Wochenblatt, VII. Jahrg. No. 314.

Digitized by Google

somit Waldeyer's Lehre von den sogenannten Ersatzzellen, wie auch dieser zugiebt, berichtigt. Röse sagt: „Bekanntlich dauert die Ablagerung von Zahnbein an der Oberfläche der Pulpa zeitlebens fort . . . . . Es kommt vor, dass an Stellen, wo die Dentinablagerung längere Zeit sistierte, später infiolge äusserer Reize wieder eine erneute, stärkere Zahnbeinablagerung erfolgt (Ersatzdentin)." Auf diesen, für die Praxis wichtigen Punkt wird es nötig sein, später zurückzukommen. Vorläufig gilt es festzustellen, dass auch in dieser Hinsicht der erste Molar nicht verkürzt wurde vor dem zweiten und dritten. Er steht also anatomisch den letzteren ebenbürtig da und die Ansicht von einem Zwischenglied zwischen Milch- und bleibenden Zähnen, an dessen Stelle der Weisheitszahn treten solle, ist hinfällig, um so mehr, als der letztere zuweilen gar nicht auftritt. Im Gegenteil, der erste Molar ist als der grösste auch der wertvollste, und die Anhänger jener Lehre, welche seine frühzeitige Extraktion aus ihr folgerten, haben in diesem verhängnisvollen Irrtum sich oft schwer versündigt.

Man behauptet, der erste Molar neige vor allen anderen Zähnen zum Zerfall. Berten*) hat durch eingehende Arbeiten nachgewiesen, dass dieser Zahn, dessen falsche Bezeichnung als sechsjährigen Molar er rügt, einen Durchbruchs-Spielraum von drei Jahren beansprucht und legt für ihn die Zeit vom 5. bis 8. Lebensjahre fest. Diese lange Zeit wird ihm oft verhängnisvoll. Man vergegenwärtige sich die Mund-Zustände im 5., 6., 7. Jahre. Die Wurzeln der Milchzähne sind in Resorption begriffen, die Widerstandskraft gegen Schädigungen durch Säuren, starke Temperaturwechsel usw. ist gleich Null. Geputzt werden Milchzähne fast nie und so kommt es zunächst an Approximal-, später an Kauflächen zu Defekten, die bei dem weichen Material leicht und schnell grösser werden. Dies ist die Norm. In einem solchen Munde brechen jetzt die vier ersten Molaren durch. Wenn nun, wie so häufig, die letzteren Schmelzhypoplasie**) aufweisen, welche neben den Schneide- und Eckzähnen bekanntlich gern die ersten Molaren zeigen, so steht der Zerstörung der letzteren nichts mehr im Wege. Bei diesen Schmelzhypoplasien, die nach Zsigmondy***) auf „Rhachitis, Skrofulose, Syphilis, exanthemathische Krankheiten, Konvulsionen, Meningitis, schwere Erstickungsanfälle als Ursachen der Störung der normalen Zahnentwicklung" zurückzuführen sind, werden natürlich, da die Gesamternährung im ungünstigen Sinne beeinflusst wurde, die kindlichen Zähne in besonders schlechtem Zustand sich befinden. Es ist übrigens ein Irrtum, wollte man derartig mit Schmelzdefekten versehenen Zähnen ceteris paribus eine durchaus ungünstige Prognose stellen. Wir werden später sehen, wie durch stärkere Zahnbein-Ablagerung, die wir bis zum gewissen Grade in der Hand haben, für die mangelhafte Schmelzbildung eine Art von Ersatz geschaffen werden kann und diese Zähne dennoch fest und kräftig werden, nachdem die Ursache gehoben ist.

---

*) Berten: Über die chronologische Reihenfolge des Durchbruchs der bleibenden Zähne.

**) J. Berten: Hypoplasie des Schmelzes (Kongenitale Schmelzdefekte, Erosionen). Pathologisch-anatomisch-klinische Studie. Habilitationsschrift.

***) Zahnärztl. Wochenblatt 1893, No. 327.

Digitized by Google

Lange war man über die Ursachen der Zahncaries im Unklaren. Erst Miller*) wies durch umfassende bakterielle Arbeiten überzeugend nach, dass die „Zahn-Caries ein chemisch-parasitärer Vorgang ist, bestehend aus zwei deutlich ausgeprägten Stadien: der Entkalkung, resp. Erweichung des Gewebes und der Auflösung des erweichten Rückstandes. Beim Schmelz fällt jedoch das zweite Stadium fort; die Entkalkung des Schmelzes bedeutet die vollständige Vernichtung desselben." Hauptsächlich in Milchsäure, welche durch die Gährung von Kohlehydraten im Munde entsteht und selbst in verdünnten Lösungen die Entkalkung herbeiführt, sieht Miller den grössten Schädling der Zähne und betont, dass die „besonders aus gekochter Stärke in der Mundhöhle gebildeten Säuren den Zähnen mindestens ebenso verderblich sind als die aus Zucker gebildeten", ja dass nach Ellenberger und Hoffmeister**) unter Umständen auch Stärkekleister viel schneller in Milchsäure übergeführt werde als Zucker. Bekannt ist ferner, dass alle Fruchtsäuren ebenso wie mineralische Säuren in gleicher Weise entkalkend wirken. „Der übermässige Genuss von sauren Früchten, Weintrauben, Zitronen; der fortgesetzte Gebrauch von Säuren und sauren Salzen usw. wirkt entkalkend auf die Zähne und werden zunächst nicht die verborgenen, sondern die exponierten Stellen angegriffen" (Miller l. c.). Neuere Forschungen haben besonders auch dem Chin. mur. — in Übereinstimmung mit dem Obigen — eine stark entkalkende Wirkung zugeschrieben. Wer erinnert sich nicht aus seiner Kindheit nach reichlichem Genuss von Beerenfrüchten des Gefühls des Stumpfseins der Zähne? Das ist die Entkalkung.

Was nun die Bakterien anlangt, die das zweite Stadium der Vernichtung übernehmen, so hat Jung wie auch Galippe und Vignal gefunden, dass immer „verschiedene Arten gleichzeitig im cariösen Zahnbein vorhanden" waren. Jung hat etwa elf Arten konstant gezüchtet.

Als prädisponierende Ursachen für Caries finden wir nun nach Miller: 1. tiefe Fissuren, foramina coeca. 2. Beschaffenheit der Zähne in Bezug auf Struktur. 3. Dichtstand der Zähne. 4. Lockerung des Zahnfleisches. 5. Schwangerschaft (?). Andere Ursachen, wie Erblichkeit, Gicht, klimatische und geologische Verhältnisse lässt er nur in beschränktem Sinne gelten.

Diese kleine Exkursion in das Gebiet der Ätiologie der Caries ist durchaus nötig, um zu verstehen, wie gerade der erste Molar, allen Schädigungen in gehäuftem Maasse ausgesetzt, in den grundlosen Ruf gekommen ist, der Caries mehr geneigt zu sein als irgend ein anderer Zahn und es eher als ein Verdienst galt, ihn zeitig zu extrahieren.

Es ist eine grosse Anzahl verdienstvoller Arbeiten verfasst worden über Schulzahnhygieine, sowie über die Häufigkeit der Erkrankung des ersten Molaren und etwaiger allgemeiner Ursachen. Röse, Fenchel, Vörckel, Dieck, Berten sind diejenigen, welche sich in dieser Hinsicht am verdientesten gemacht haben, aber ihre Arbeiten werden ein Torso bleiben, wenn nicht von allen Seiten Nachfolger auftreten und namentlich

*) W. D. Miller: Die Mikroorganismen der Mundhöhle. Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden. Leipzig 1892.
**) Archiv für wissensch. u. prakt. Tierheilk. Bd. XI. S. 162 cit. n. Miller.

Digitized by Google

von Seiten des praktischen Kinderarztes auf diesem Gebiete mitgearbeitet wird, der in erster Linie dazu berufen ist, vor allem auf die Gleichzeitigkeit der Erkrankung der ersten Molaren und der Halsdrüsen und eventuellen Zusammenhang bei dyskrasischen Krankheiten hinzuweisen. Volland*) hat zuerst auf die frühzeitige Erkrankung der Halsdrüsen bei tuberkulösen Kindern hingewiesen und kommt zu dem Schluss, dass erworbene Tuberkulose häufig vom Spielen der Kinder mit Erde, beschmutzten Händen herkomme. Mund und Nase sind meist nicht schleimfrei und in den wunden Stellen und Rhagaden finde der Pilz seinen wohlvorbereiteten Nährboden. Das dürfte danach noch mehr bei einer cariösen Molarhöhle zutreffen. Beobachten wir doch, dass die jüngsten Schulkinder am meisten von Drüsenkrankheiten befallen sind (mit 96% nach Volland), von denen wohl einige auf Anginen, Diphtheritis, Ekzeme usw. zurückzuführen sind, aber da wir sie bei 93% der an Lungentuberkulose Erkrankten wiederfinden, diesem grossen Würger der Menschheit zum grossen Teil auf Rechnung zu setzen haben. Die Frage, ob sich aus den in den Lymphdrüsen gefundenen Bacillen später Tuberkulose entwickelt, liegt ja auf einem anderen Gebiete; uns genügt es, auf die Eingangspforten zu achten. Wie gross diese Gefahr ist, darauf hat Israel hingewiesen, der beobachtet hatte, dass der Aktinomycespilz auch durch cariöse Zähne in den Körper eindringe. H. Stark**) hat korrespondierend mit tuberkulösen Drüsen in den betreffenden Zähnen zweimal Tuberkelbacillen nachgewiesen. Er schliesst: „Man wird sich in allen Fällen von tuberkulösen Halsdrüsen zunächst darüber zu vergewissern haben, ob es sich um einen rein lokalen Affekt handelt oder ob die Drüsen als Teilerscheinung einer tuberkulösen Diathese, der Skrofulose, aufzufassen sind. Ist ersteres der Fall und stellt sich als Ursache eine Caries heraus, so ist Extraktion oder Füllung des Zahnes am Platze; die Prognose ist alsdann eine gute. Besser ist es, man sucht durch gründliche Zahnpflege und Mundhöhlendesinfektion der Caries und ihren indirekten Folgen vorzubeugen." Es handelt sich, wie offensichtlich, bei dieser Caries um den ersten Molaren, denn die Milchzähne in der Schulzeit sind nur noch locker sitzende Reste, der im 12. oder 13. Lebensjahre erscheinende zweite Molar aber kommt noch nicht in Frage.

Haben wir also im ersten Teile dieser Arbeit gesehen, welche Gefahren dem sogenannten Schulzahn drohen und durch ihn dem Gesamt-Organismus, so werden wir im zweiten Teil erörtern, wohin eine Prinzipien- und wahllose Enfernung desselben führt. (Schluss folgt.)

Referate.

Placentare Infektion des Fötus als Krankheitsursache für die Mutter. Von H. Salomon. A. d. med. Klinik in Kiel. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten usw. IV. Bd. 1. Hft. 1898).

---

*) Volland: Über den Weg der Tuberkulose zu den Lungenspitzen Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XXIII, Heft 1 u. 2.

**) Hugo Stark: Zahnärztl. Rundschau, V. Jahrg. No. 193.

Digitized by Google

Seit langem ist es bekannt, dass bei vielen Infektionskrankheiten schwangerer Mütter Bakterien auf placentarem Wege in den Fötus hineingelangen können. Während nun erfahrungsgemäss die Infektion der Mutter gegenüber der des Fötus in den Vordergrund tritt, wurde in der Kieler med. Klinik ein Fall beobachtet, welcher ein Beispiel dafür darzubieten schien, dass manche Keime für den Fötus, wenigstens temporär, pathogener sein können, als für die Mutter, und dass dann sowohl der zeitliche Ablauf als auch die Intensität der Erkrankung im Fötus prävalieren und mehr oder minder sekundär erst die Mutter beeinflussen.

Eine 26jährige Frau, seit 4 Monaten schwanger, leidet seit 3 Monaten an Schmerzen im ganzen Körper, Kopfschmerz, Schmerzen in der rechten Seite des Leibes und Beschwerden, welche sich nicht scharf von denjenigen früherer Schwangerschaften abhoben. Seit acht Tagen Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Appetitlosigkeit, Fieber und unerträglich heftiger Kopfschmerz. 31. Jan. Eintritt in die Klinik. Ausser der Schwangerschaft und abwechselndem Fieber konnte kein Befund erhoben werden, welcher die heftigen Kopfschmerzen erklärt hätte. Am 5. Febr. Wehen. Wegen beginnenden Aborts Verlegung auf die Frauenklinik. Hier ging 2 Stunden später das Fruchtwasser, noch eine Stunde später die Frucht ab. Während am Tage der Fruchtausstossung bei Beginn der Wehen die Temperatur 40,2 ° betragen hatte, war dieselbe zur Zeit der Geburt 38,5°, am folgenden Morgen 34,4°. In der Folge hob sich die Temperatur langsam zur Norm, womit dauerndes Wohlbefinden verknüpft war.

Die Frucht war frisch abgestorben, nicht maceriert. Aus ihr wurden Kulturen angelegt; es wuchs auf allen Platten ein kleiner, schlanker Bacillus, welcher sich für Mäuse in 4—5 Tagen, für Kaninchen in 5 bis 6 Tagen tötlich erwies. Die Krankheit der Mutter erklärt sich durch Aufnahme toxischer Stoffe aus dem infizierten Fötus, ohne dass eine Infektion der Mutter vorgelegen hätte. Köppen, Norden.

Eine neue Behandlungsmethode der Stomatitis ulcerosa. Von A. Kissel. (Archiv für Kinderheilkunde, 26. Band).

Die Stomatitis ulcerosa tritt nicht selten in maligner Form auf, die bisweilen in ihrem Verlaufe an Noma erinnert und zu Nekrose der Kieferknochen führen kann. In einer Reihe solcher Fälle hatte selbst sorgfältige Krankenhausbehandlung keinen befriedigenden Erfolg. Das von manchen Seiten als Specificum gerühmte Kal. chlor. lässt gar nicht selten im Stich. Die Behandlung im Krankenhause führte nach 6 bis 10 Tagen zur völligen Gesundung bei folgender Therapie: Schadhafte Zähne wurden entfernt; die Kinder mussten mit 3% Borlösung sich stündlich den Mund spülen, mit in dieselbe Lösung getauchten Wattetampons wurden zweimal täglich die geschwürigen Stellen abgerieben. Innerlich Leberthran, sorgfältige Ernährung.

Wie leicht ersichtlich, eignete sich diese Behandlung wenig für ambulatorische Kranke. Hier wurde folgendermassen verfahren: Die Geschwüre wurden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, hierauf Jodoformpulver eingerieben. Die Kinder wurden angehalten, zu Hause mit der Borlösung fleissig den Mund auszuspülen. Die Auskratzung mit dem scharfen Löffel

Digitized by Google

wurde nur in schweren Fällen gemacht und dann jedenfalls nur einmal zu Beginn der Behandlung. Sowie sich die Geschwüre mit Granulationen bedeckten, hörte man mit den Jodoformeinreibungen auf und beschränkte sich auf die Spülungen der Mundhöhle.

Dr. Friedmann, Beuthen O.-S.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Darmeinschiebungen. Von R. Fischl. (Ther. Monatsh. 1898, Heft II).

Ein 6 Tage altes Kind mit dahin völlig normaler Stuhlentleerung erhielt aus irgend einem unbekannten Grunde mit einer Kautschukbirne, deren Stiel einen kurzen Ansatz aus weichem Gummi trug, einem in der Kinderstube so beliebten Instrumente, ein erfolgloses Klysma. Daran schloss sich eine Blutung, welche unter kühlen Umschlägen, innerlicher Darreichung einer $^1/_2$ prozentigen Eisenchloridlösung und längeren Trinkpausen ihren Charakter änderte, heller gefärbtes, mit Schleim vermischtes Produkt aufwies. Nach 24 Stunden, während welcher Stuhl nicht erfolgt war, zeigte sich bei leichtem Meteorismus im linken Hypochondrium dem Verlaufe des Colon descendens entsprechend eine wulstförmige Resistenz, welche Verf. als Intussusception im Endstück des Dickdarmes deutete. Selbst hohe Infusionen von Wasser, Glycerin und Tafelöl waren nicht im stande die Lösung zu bewirken. Eine Operation wurde verweigert. Unter rein schleimig werdender Sekretion aus dem After und stetig zunehmendem Meteorismus trat das eingeschobene Colon im Laufe von 8 Tagen immer tiefer aus dem After hervor und war nicht mehr zu reponieren. Der Tod erfolgte, ohne dass, wohl infolge der tiefen Lage der Intussusception, Erbrechen aufgetreten war, unter den Erscheinungen von Perforationsperitonitis. Das ursächliche Moment der letal verlaufenen Darmeinschiebung sieht Verf. in der Applikation des Klysma mit der Kautschukbirne, sei es dass das Ansatzstück direkt in einer Darmfalte sich klemmte, und durch die mit Gewalt eingepresste Flüssigkeit die Falte immer tiefer drängte, sei es dass im Rectum vorhandene Inhaltsmassen durch die grosse Kraft, mit welcher sie aufwärts gejagt wurden, dies bewirkten. Die zeitliche Aufeinanderfolge, das bis dahin normale Verhalten der Darmentleerungen, das Fehlen digestiver Störungen sprechen für den ätiologischen Zusammenhang. Verf. verwirft das zum eisernen Bestande des Säuglingsinventars gehörige Instrument nicht nur als unzweckmässig, weil der Ansatz nie höher als bis zum dritten Afterschliesser kommt, die Wassermenge viel zu gering ist, und durch das rasche Einströmen starken Tenesmus anregt, so dass die ev. Wirkungen dieser Klysmen nur durch Erzeugung einer aufsteigenden peristaltischen Welle zu erklären sind, sondern nach dem geschilderten Vorkommnis als durchaus gefährlich. Als Ersatzinstrument empfiehlt Verf. Irrigator mit Schlauch, Hahn und Nelatonkatheter.

v. Boltenstern, Bremen.

Eine neue Behandlungsmethode beim Mastdarmvorfall der Kinder. Von Hajech. (Gaz. degli osped v. 18. Dezember 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 2, 1899.)

Der Mastdarmvorfall ist im Kindesalter entweder sekundär, als

Digitized by Google

Folgeerscheinung von Erkrankungen des Darmtraktes oder der dem Mastdarm benachbarten Organe oder, was seltener der Fall ist, primär, meist durch zu reichliche Nahrungsaufnahme und Überanstrengung beim Stuhlgang bedingt. Bei in der Ernährung herabgekommenen Kindern ist für die Entstehung des Prolapses in erster Linie die herabgesetzte Widerstandsfähigkeit der Gewebe massgebend. In solchen Fällen stellt der Mastdarmprolaps nicht nur ein lästiges, sondern durch sich und seine Folgezustände bedrohliches Leiden dar. H. beschreibt eine Methode, die sich ihm bei der Behandlung des Mastdarmprolapses im Kindesalter besonders bewährt hat. Man nimmt ein Stück Eis, dem man mit Hilfe des Messers und der Hand eine konische Form verleiht, hüllt das Eisstück in aseptische Gaze und schiebt dann das prolabierte Rectum und den Eiszapfen so weit hinauf, bis beide in der Analöffnung verschwunden sind, und zwar in der Weise, dass die Spitze des Eiskonus auf das Centrum der prolabierten Partie appliziert wird. Der Eiskonus muss von relativ beträchtlichen Dimensionen sein, z. B. für ein 4—5jähriges Kind 7—8 cm lang, an der Basis $2\frac{1}{2}$—3 cm breit. Die Applikation des Eiszapfens ist für das Kind nicht besonders lästig, dasselbe fühlt dabei nicht mehr als beim gewöhnlichen Repositionsverfahren. Die Anlegung eines Kontentivverbandes ist nicht notwendig, wenn das Kind nach der Einführung des Zapfens eine kurze Zeit in Seitenlage mit einander gepressten Gesässbacken verharrt. Bei neuerlichem Auftreten des Prolapses wird das gleiche Verfahren angewendet, solange, bis der Prolaps nicht mehr auftritt. Aetherspray oder Eisapplikation auf die prolabierte Partie sind dagegen nicht anzuraten, weil sie das Entstehen von Gangrän der prolabierten Schleimhaut begünstigen. Tampons werden im Kindesalter schlecht vertragen, die blutige Operation ist nur selten indiziert, die Kauterisation mit dem Glüheisen oder chemischen Ätzmitteln ist der Vergessenheit anheimgefallen. Adstringentien, Klysmen usw. können den Zustand der prolabierten Rektalschleimhaut günstig beeinflussen, nicht aber die Indicatio causalis erfüllen. Unter allen früheren Methoden sind die Suppositorien, und zwar nicht durch ihre chemische Beschaffenheit, sondern durch ihre mechanische Wirkung als zweckmässigste zu bezeichnen. Der Eiskonus, dessen Kaliber sich durch Abschmelzen dem Kaliber des Darmes adaptiert, übt eine stimulierende, die Muskelaktion des Darmes auslösende Wirkung aus, dabei wird durch die Herabsetzung der Sensibilität der Tenesmus beruhigt und die Zirkulation in der erkrankten Schleimhaut durch die Hebung des Gefässtonus angeregt.

Dr. Goldbaum, Wien.

Über die Nützlichkeit der methodischen Darmeingiessungen als wesentlicher Faktor bei der Behandlung der habituellen Verstopfung. Von Schellong. (Therap. Monatsh. Heft XI, 1898.)

In allen neueren Lehrbüchern über Darmkrankheiten findet sich der nachdrückliche Hinweis, dass bei der Behandlung der habituellen Obstipation die Abführmittel thunlichst zu vermeiden, vielmehr vorzugsweise die physikalischen Heilmethoden zu benutzen seien. Sch. hat in den letzten 8 Jahren jede habituelle Obstipation zunächst mit methodischen Darmeingiessungen zu behandeln versucht und ist dabei fast immer mit vereinzelten Ausnahmen in 4—6 Wochen zum Ziele gelangt.

Digitized by Google

Man lässt den Patienten täglich zu einer auf die Minute bestimmten Zeit gleich morgens beim Aufstehen oder besser nach dem Kaffee, während er auf der linken Seite mit angezogenen Knieen liegt, aus einem Irrigator mittels eines englischen Darmrohrs $^1/_4$ Liter Wasser von Zimmertemperatur einlaufen. Das Wasser soll aus geringer Höhe langsam einfliessen und das Rohr während des Einlaufens möglichst auf die ganze Länge eingeschoben werden. Sobald Stuhldrang eintritt, muss man den Einlauf für einen Augenblick unterbrechen. Nach Entfernung des Rohrs ist der Stuhldrang noch eine Weile zurückzuhalten. Jedes Abführmittel ist während der ganzen Dauer der Kur strengstens untersagt. Auch darf Patient zu keiner anderen Zeit am Tage, als der vorgeschriebenen, den Darm entleeren, vielmehr muss er den etwa zu anderer Zeit eintretenden Drang zurückzuhalten suchen. Dabei ist folgende Diät zu beachten: morgens starker Kaffee, dazu wenig Brot und etwas Honig, statt Weissbrot immer Schwarz- oder Grahambrot; ziemlich reichliches Gemüse; im übrigen gemischte Kost; vor dem Zubettegehen 6 Backpflaumen roh oder übergebrüht. Thee ist zu vermeiden; für einen täglichen flotten Spaziergang ist zu sorgen. — Bei Kindern ist das Flüssigkeitsquantum entsprechend zu vermindern; bei diesen erlebt man am öftesten Misserfolge.

Ist, was selten vorkommt, nach 8 Tagen kein Stuhlgang eingetreten, dann verordnet man folgende Modifikation des Spülverfahrens: zunächst eine Vorspülung mit warmem Wasser in grösserer Quantität ($^1/_2$—1 Ltr.) zwecks Aufweichung der Kotmassen. Man lässt unter Assistenz einer anderen Person das Wasser langsam einlaufen und durch Senken des Irrigators wieder zurücklaufen, und wiederholt diese Prozedur 10—15 Minuten, bis das zurückfliessende Wasser deutlich fäkale Beimengungen zeigt. Jetzt hebert man das warme Wasser thunlichst vollständig aus, giesst ab und lässt nun sofort, ohne das Darmrohr zu entfernen, das übliche Glas kalten Wassers langsam nachfolgen, was einen kräftigen Gegenreiz abgiebt, der meist von guter Entleerung gefolgt ist. Erscheint die Defäkation beim ersten Male nicht ausreichend, so kann die Prozedur am folgenden Tage noch einmal wiederholt werden.

Schnell, Egeln.

Über den Fettgehalt der Milch von stillenden Frauen unter verschiedenen Verhältnissen. Von Gersoni. (Wratsch Nr. 25. 1898. Deutsche Medizinal-Zeitung 1898, No. 66.)

Verf. hat bei 310 stillenden Frauen 2000 Fettbestimmungen nach der Methode von Gerber ausgeführt, um den Fettgehalt der Milch, namentlich dessen Schwankungen unter dem Einflusse verschiedener Verhältnisse zu prüfen. Er gelangte dabei zu nachfolgenden Resultaten: 1) der mittlere Prozentgehalt von Fett in der Milch stillender Frauen beträgt für die ganze Dauer des Stillens 3,48%. 2) Dieser Prozentsatz ist bei verschiedenen Frauen sowohl, wie auch bei einer und derselben Frau sehr grossen Schwankungen unterworfen, die sich durchschnittlich in den Grenzen zwischen 0,6% und 10% bewegen. 3) In den ersten Tagen des Stillens enthielt die Milch weniger Fett (im Durchschnitt 3,03%); dann steigert sich der Fettgehalt bis 3,8% und bleibt auf dieser Höhe

Digitized by Google

von der 4. Woche bis zum 4. Monat, worauf er wieder Neigung zum Abnehmen zeigt. Die Milch von jüngeren stillenden Frauen, sowie von Erstgebärenden ist reicher an Fett, wie die von älteren Frauen und Mehrgebärenden; ebenso ist die Milch von schwächlichen Frauen fettreicher, als die von kräftigen. 4) Der Fettgehalt vergrössert sich nach mässiger Muskelarbeit, nach starkem und häufigen Säugen, zur Zeit der Menstruation sowie bei erhöhter Körpertemperatur. 5) Fleischarme Nahrung setzt den Fettgehalt der Milch nur in sehr geringem Masse herab. 6) Niedriger oder hoher Fettgehalt der Milch ist an und für sich nicht imstande, Magenstörungen bei dem Kinde hervorzurufen; wohl aber können solche durch plötzliche Steigerung des Fettgehaltes der Milch bei einer und derselben Frau bewirkt werden.

Klautsch, Halle a. S.

Die Verhärtungen des Zellgewebes von Neugeborenen. Anhang zu: Neuere Arbeiten und Ansichten über Sklerodermie. Zusammenfassendes Referat. Von A. v. Notthafft. (Centralbl. für allgem. Pathol. u. pathol. Anatomie. IX. Bd. No. 21, 22. 1898).

Neben der Sklerodermie des Säuglingsalters, welche sich von derjenigen der Erwachsenen in keiner Weise unterscheidet, kommt noch das eigentliche Sklerem vor. Es giebt zwei Formen des Sklerems, die ödematöse Form, das Sklerödem, und die harte Form, das Sclerema sensu strictiori, das Fettsklerem. Es wird auch noch eine dritte, die gemischte Form, unterschieden, bei welcher beide Formen sich neben einander nachweisen lassen; im ersteren Falle findet sich eine prallelastische, im anderen eine oft brettharte Induration der Haut und des Unterhautzellgewebes, welche bald weiss, bald gerötet, bläulich, wie erfroren, blaurot oder weissgelb-wachsfarbig angegeben wird. Häufig kommt allgemeine Gelbsucht dazu. Im Harn Eiweiss, Blut, Gallenfarbstoff, Gallensäuren, granulierte Cylinder und verfettete Epithelien. Bei Ausbruch der Krankheit oft heftige Diarrhöen, auch sonst öfters Verstopfung. Oberflächliche und beschleunigte Atmung. Pfeifende oder wimmernde oder heisere Stimme. Fadenförmiger, unregelmässiger Puls. Konstantes Sinken der Temperatur bis sogar auf 22° (kann vor dem Auftreten der Hautaffektion konstatiert werden). Im günstigst endenden Falle bleibt noch lange einzelnes Oedem zurück. Sonst tritt der Tod nach 2—37 Tagen ein.

Die Haut beim Sklerödem nach Soltmann: Asbestglänzend, gespannt, häufig marmoriert, bläulich oder alabasterweiss, von der Unterlage durch die ödematöse Zellgewebsinfiltration abgehoben. Bei Schnitten durch die Haut quillt gelbliche oder blutige Lymphe heraus.

Beim Fettsklerem: Atrophie und Vertrocknung der Haut mit Verdickung ihrer Schichten; die starre Haut haftet fest an der Unterlage. Das Fettgewebe zeigt Bindegewebswucherung und Fettschwund. Das Hautfett selbst wird öfters als krümelig, weisslich, stearinähnlich beschrieben. In der Bauchhöhle, dem Herzbeutel und den Pleuraräumen wurde gelbliches, oft blutiges Serum gefunden. Der Ductus Botalli, das foramen ovale, die Nabelgefässe und der Ductus Arantii sind sehr häufig offen gefunden worden; es scheint, dass dies nicht nur von dem jugendlichen Alter des Patienten abhängt, sondern dass thatsächlich die Er-

Digitized by Google

krankung den Verschluss verzögert. Am Herzen selbst Zeichen der Degeneration. Das Blut findet sich meist im rechten Herzen und ist hier und in den Drosseladern schwarzrot, dickflüssig, fast theerartig, schmierig, mit sparsamen mürben, zuweilen breiartigen Gerinnseln, oder schmutzig-bräunlich, dünnflüssig. Es rötet sich nicht an der Luft. In den Lungen kommt es zu Atelektasen, Hepatisationen, häufig zu katarrhalischen Verdichtungen, speziell im Centrum derselben. Im Darm Katarrh, Rötung, event. eitrig-blutige Entzündung. Die Leber ist meist blutreich, vergrössert, dunkel-rotbraun, zerreisslich, selten anämisch; häufig ist Ikterus. Die Gallenblase ist gefüllt mit verschieden gefärbter Galle. Die Milz ist bald blutreich, bald anämisch. In den Nieren oft beginnende Bright'sche Krankheit und Erweichungsherde; letztere auch in Herz und Milz. Die Gehirnhäute zuweilen hyperämisch, in den Ventrikeln seröse und blutige Ergüsse.

Der mikroskopische Befund weist neben manchem Zufälligen bei der ödematösen Form in der Haut Vermehrung des Bindegewebes um das Oedem nach; beim Scl. adiposum stärkere Vermehrung des Bindegewebes und Fettschwund, wobei die Fettzellen zu eiförmigen, fettlosen Gebilden mit deutlichem Kern geschrumpft sind.

Für die Ätiologie und Pathogenese sind fast ebenso viele Theorieen aufgestellt, als Fälle beobachtet sind. Es würde zu weit führen, jene auch nur kurz zu erwähnen. Es soll hier für jede der beiden Formen nur eine am meisten einleuchtende Theorie mitgeteilt werden. Für das Sklerödem nehmen jetzt die meisten Autoren das Auslassen der Herzkraft aus irgendwelcher Ursache (Lebensschwäche, Abkühlung, Darmstörungen, Lungenaffektion mit dadurch hervorgerufener Minderung den vitalen Kapazität) als grundbedingend an. Als Vorbedingung des Scl. adiposum wird auf einen Vorausgang von enormem Serumverlust in verhältnismässig sehr kurzer Zeit hingewiesen, wie dies am stärksten bei der Sommerdiarrhöen der Kinder der Fall ist. Dies bedingt eine Bluteindickung und Verarmung des Körpers an Flüssigkeit. Eine weitere Folge sei das Sinken der Eigenwärme und die Herzschwäche. Mit dieser Annahme würde der zuerst von Langer erhobene und von Knöpfelmacher bestätigte Befund eines abweichenden Verhaltens des Hautfettes bei Kindern wohl in Einklang zu bringen sein. Je jünger das Kind, desto weniger Ölsäure und desto mehr Palmitin- und Stearinsäuren enthält die Haut. Bei Krankheitsprozessen, welche mit Temperaturerniedrigung weitergehen, reicht die Blutwärme nicht aus, um das an schwer schmelzbaren Fettsäuren reiche Hautfett einigermassen weich zu erhalten.

Köppen-Norden.

Über die Behandlung des Bettnässens. Nach einem Vortrag von Levy. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1898, No. 12.)

L. verfügt über mehrjährige Erfahrungen über das Thema aus Knabenerziehungsanstalten. Die Zahl der Bettnässer in diesen beträgt oft mehr als 20%. Er fand bei solchen Kindern fast ausnahmslos adenoïde Wucherungen, hypertrophische Mandeln oder chronische Rhinitis. Die Beseitigung dieser Zustände führte zu dem Erfolge, dass am Schlusse des Jahres von 26 Bettnässern nur noch 4 behandelt

Digitized by Google

wurden, die nur alle 8—10 Tage nässten. Gleiche Erfolge erzielte L. auch in anderen Anstalten.

Die bis dahin bekannten und üblichen Massnahmen bei der Behandlung des Bettnässens, wie häufiges Wecken in der Nacht, Vermeiden von flüssigem Abendessen, Hochlagerung des Fussendes des Bettes, wurden gleichfalls getroffen, das Hauptgewicht aber auf Behandlung der Nase und des Rachens gelegt. Dieselbe bestand erstlich in häufigem Auskratzen des Nasenrachenraums, so lange, bis sich gesunde Schleimhaut gebildet hatte. Daneben wurden mittels des Kafemann'schen Inhalationsglases mehrmals täglich Einatmungen der Dämpfe einer aus Menthol, Eucalyptol, Terpentinoel und Ol. Pini Pumiliorum aa. bestehenden Lösung vorgenommen. Auf die Nacht erhielten die Kinder einen Priessnitzumschlag um den Hals.

Dr. Friedmann, Beuthen O./S.

Über die Bedeutung der Eiweisspräparate mit besonderer Berücksichtigung des Sanatogen. Von Gümpert. (Deutsch. medizin. Wochenschr. 1898, 40.)

G. hat das S. ungefähr bei 30 Patienten längere Zeit angewandt. Das Präparat wurde selbst von den empfindlichsten Patienten gern genommen, Reizerscheinungen des Magens oder Darms wurden nicht beobachtet, der Appetit wurde auch durch grössere Gaben nicht herabgesetzt. Die Menge, die täglich verabreicht wurde, war sehr verschieden. Je nach dem Alter, dem Nahrungsbedürfnis, der Verdauungsfähigkeit wurden Mengen von 10—40 g., in einigen Fällen noch mehr gegeben. Da das Präparat zu 95% aus reinem Eiweiss besteht, so war es möglich, oft den grössten Teil des Eiweissbedarfes des Patienten damit zu decken. Das S. wurde bei den verschiedensten Verdauungsaffektionen, bei Tuberkulose, Herzkrankheiten, Anämie usw. angewandt. In vielen Fällen hat G. eine Steigerung des Appetits nachweisen können. Ein günstiger Einfluss auf das Nervensystem war häufig zu beobachten, oft wich die geistige Depression in kurzer Zeit. In einigen verzweifelten Fällen, wo andere Nährpräparate im Stich liessen, gelang es, durch S.-Gebrauch bei sonst geeigneter Behandlung die Kräfte zu heben und das Körpergewicht zu erhöhen.

Schnell, Egeln.

Bericht über die Anwendung von Sanatogen bei Kranken. Von Schlesinger. (Münchn. med. Wochenschr. 1898, No. 23.)

Das Sanatogen ist eine Caseinverbindung, bei der das Casein durch Zusatz von etwa 5 Proz. glycerinphosphorsaurem Natron in ein wasserlösliches Produkt übergeführt ist. Die Glycerinphosphorsäure, ein Spaltungsprodukt des Lecithins, soll eine die Ausnützung des Eiweisses befördernde Wirkung besitzen. Nach Vis und Treupel soll dem Präparat die Verdaulichkeit des Fleisches zukommen. Es wird von gesunden Menschen gern genommen und in hohen Gaben gut vertragen.

Das S. ist ein weisses Pulver mit kaum wahrnehmbarem Geschmack. Zum Gebrauch ist es notwendig, dass man es zuerst mit kaltem Wasser zu einem homogenen Brei verrührt. Am besten lässt es sich mit warmer

Digitized by Google

Milch, mit Thee- und Kaffeeabsud ohne Zucker, ferner mit Kakaoabkochung und mit Bouillon verrührt nehmen.

Aus mehreren Krankenberichten geht hervor, dass das Sanatogen von den verschiedensten Kranken längere Zeit genommen wurde und dass es keinerlei Verdauungsbeschwerden erzeugte. Selbst bei bestehender Diarrhoe wurde es gut vertragen. Eine Frau konnte ca. 6 Wochen lang pro die etwa 40 g. Sanatogen zu sich nehmen.

Es dürfte das Mittel zweifellos da am Platze sein, wo bei mangelndem Appetit eine reichliche Darreichung von Eiweiss indiciert ist.

Schnell, Egeln.

Die Verwendung des Saccharins bei der Säuglingsernährung. Aus der Un.-Kinderklinik zu Breslau. Von A. Keller. (Centralbl. f. innere Medizin 1898, No. 31).

Verf. bespricht unter dem Gesichtspunkte, dass das Saccharin nicht als Nahrungs- sondern als Genuss-Mittel angesehen werden muss, die Verwendung desselben bei der Kinderernährung. Er hatte gelegentlich anderer Untersuchungen Saccharin zum Versüssen der Nahrung in den Vergleichsperioden bei Zuführung kohlehydratfreier bezw. -armer Nahrung verwandt. Während er nun fand, dass bei Zuführung von Rohrzucker, Traubenzucker oder grösseren Mengen Milchzucker bei magendarmkranken Säuglingen die Ammoniakausscheidung im Harn vermehrt war, war dies nicht der Fall, wenn er Saccharin mit drei Teilen doppeltkohlensauren Natrons nahm. Ausserdem prüfte Verf., angeregt durch einen Vortrag von Bornstein, welcher an einem an sich selbst angestellten Stoffwechselversuch während der Saccharinperiode oft Durchfälle auftreten, sowie eine um 20 Proz. erhöhte Kotmenge sah, die Stickstoffausnützung und fand, dass der Stickstoff vom Darm bei Saccharin-Darreichung gut bis sehr gut ausgenützt wurde. Auf Grund seiner Untersuchungen und Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass bei der Ernährung des Säuglings, sofern es sich um ein Versüssen der Nahrung handelt, das Saccharin den gebräuchlichsten Zuckerarten vorzuziehen sei. — Die Frage ist doch wohl zu einseitig gestellt, als das sie hiermit für alle Fälle als beantwortet anzusehen wäre.

Köppen, Norden.

Gesundheitspflege.

— Über Morbidität und Mortalität in Säuglingsspitälern und deren Ursachen. Von Dr. H. Finkelstein. A. d. Kinderklinik am Königl. Charitékrankenhaus in Berlin. Mit 1 Tafel. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskr. XXVIII. Bd. 1. Hft. 1898.)

Verf. sucht nach den Gründen für die Thatsache, dass Kinder im ersten Lebensjahre in geschlossenen Anstalten und Säuglingsspitälern im Allgemeinen weitaus ungünstigere Bedingungen für ihr Gedeihen finden,

Digitized by Google

wie in der Einzelpflege. Von vornherein lässt sich sagen, dass die Sterblichkeit einer Säuglingspflegestelle abhängig sein wird 1) von dem Zustande, in welchem die Kinder ihr überliefert werden, 2) von der Pflege und der Art der Ernährung, 3) von der mehr oder weniger engen Zusammenhäufung in den Pflegestätten. Zur Beantwortung der aufgeworfenen und der dadurch sich weiterhin ergebenden Frage: Ist überhaupt eine Anstaltsbehandlung von Säuglingen ein zu rechtfertigendes Unternehmen oder von vornherein verfehlt, bedurfte es zunächst einer Schilderung der eingelieferten Kinder nach Krankheit und Kräftezustand, um danach sondern zu können, was noch und was nicht mehr erhaltungsfähig war. Es hatte sich hiernach eine Betrachtung anzureihen, wie sich unter dem Einflusse des Krankenhauses das Schicksal des lebensfähigen Bruchteiles gestaltet, und schliesslich war zu untersuchen, welche Momente im ungünstigen Sinne auf diesen Bruchteil einwirken.

Verf. konnte nun feststellen, dass 35 Procent aller neu Aufgenommenen sich in einem Zustande befinden, dass sie die ersten Tage oder längstens die erste Woche nicht überleben. Werden hierzu noch diejenigen gerechnet, welche zwar noch bis in die zweite Woche hinein lebten, aber als sichere Todeskandidaten aufgenommen wurden, so ergiebt sich als Minimal-Mortalitäts-Satz 42 Prozent. Dieses Minimum wurde nun in den der Beobachtung dienenden Jahren 1895/96 mit 73,63 Prozent, im folgenden Jahre mit 58,55 Prozent überschritten. Diese Verminderung der Sterblichkeit im letzten Jahre um 22,2 Prozent bei gleichbleibendem Material ist auf die Unterbringung der Station in günstige Verhältnisse zurückzuführen. Die Ursache der Besserung der Verhältnisse lag nicht in Änderungen und Fortschritten der Therapie oder der Ernährungsweise; auch der blosse Wechsel der Räumlichkeiten kann nicht als Ursache gelten. Den Schlüssel zur Lösung der Frage liefert die von Heubner gegebene Schilderung der in Einzelpflege gegebenen Waisenkinder, wodurch die Beeinflussung des einzelnen Kindes durch die Mitinsassen vermindert wird. Der Beweis hierfür wird durch nachfolgendes geliefert: 1) Es gewinnen in dichtbelegten Säuglingsstationen bestimmt definirte infektiöse Erkrankungen, wesentlich des Verdauungsapparates eine epidemische Ausbreitung. 2) Es gelingt, zeitweise Kinder zur befriedigenden Zunahme zu bringen, aber die Kurve derselben wird gestört durch Stillstände, Rückgänge mit folgender Wiederholung und erneutem Rückfall. In Anschluss an dieses Unstäte der Entwickelung verfällt schliesslich ein Teil der Kinder unter dem Zeichen leichter Darmreizung in tötliche Kachexie. 3) Ohne charakterisierte Erkrankungen beginnt, kaum dass die Aufnahme erfolgt ist, ein Rückgang des Körpergewichtes und führt früher oder später zum Tode. Diese im Krankenhause wirksamen Schädigungen haben nicht den Charakter eines kontinuierlich sich äussernden Einflusses, sondern unregelmässiger Katastrophen, welchen gehäuft auftretende, akut einsetzende Magendarmerkrankngen zu Grunde liegen. Verf. fasst die Thatsachen folgendermassen zusammen:

1. Die auffallenden, teils schleichenden, teils mehr oder weniger akuten Störungen im Gedeihen der Insassen der Säuglingsabteilung ereignen sich nicht zeitlich regellos, sondern drängen sich in einzelne Perioden zusammen, während andere Perioden frei bleiben.

Digitized by Google

2. Die durch ihr gleichzeitiges Auftreten zusammengefassten Störungen repräsentieren sich: a) Als einfacher oft wochenlanger Stillstand oder Nachlassen in der Gewichtszunahme bei nur unwesentlich gestörter Beschaffenheit der Entleerungen. b) Als mit oder ohne ephemere Fieberbewegung beginnende, durch geringe Schleimbeimengung ausgezeichnete, dyspepsieartige Erkrankungen, teils schnell vorübergehend, teils zur Chronicität neigend. c) Ebenso einsetzende, sich über Wochen mit Besserungen und Verschlechterungen (Neuerkrankung?) einhergehende, exquisit chronische, schleimige Diarrhoeen mit energischer Beeinflussung des Körperbestandes und häufig nach langer Zeit tötlichem Ausgang. d) Mit gleichem Stuhlbefund ohne wesentlich sonstige Erscheinungen unter rapider Abnahme in 8 bis 14 Tagen zum Tode führende Affektionen. e) Fieberhaft oder fieberlos beginnende, typische, schleimig-blutige Stühle zeigende Enteritiden. f) Ohne oder nach kurzen, einem der vorerwähnten Bilder entsprechenden Prodromen einsetzende, hoch fieberhafte, durch schweren Collaps und wässerigschleimige Stühle gekennzeichnete Brechdurchfälle mit Tod auf der Akme oder Übergang zumeist in 4 oder 5.

3. Unmittelbar vor dem Beginne einer Verschlechterung im Gesamtstatus der Stationsinsassen ist jedesmal die Aufnahme eines Kindes erfolgt, dessen Darmleiden klinisch und anatomisch mit den charakteristischen Typen der auf der Station entstehenden Erkrankungen übereinstimmte.

4. In den Intervallen zwischen den einzelnen Erkrankungscyklen sind unter den reichlich zugehenden, akut oder chronisch verdauungskranken Kindern keine solchen typischen Erkrankungen beobachtet worden.

5. Die verschiedenartigen in den Intervallen aufgenommenen Darmerkrankungen hatten keinerlei Neuerkrankungen zur Folge.

6. Die Zunahme der nicht sichtlich erkrankten bezw. rekonvalescenten Pfleglinge ist zu Zeiten der Intervalle erheblicher und konstanter als in den Erkrankungsperioden.

Die Deutung dieser Thatsachen ist nach dem Verf. folgende:

Die Gefährdung der Säuglinge in unserem Krankenhaus — und damit der Hauptnachteil des Spitales — beruht in erster und wesentlichster Reihe auf der häufigen Einschleppung einer hoch infektiösen Gastroenteritis, die sich klinisch verschiedenartig äussern kann und auch in sehr unscheinbarer Gestalt auftritt. Die oben erwähnten, nur scheinbar heterogenen Verlaufstypen sind somit unter eine ätiologische Einheit zu subsummieren. Im Gegensatz zu dieser entzündlichen Affektion erweist sich die Summe der übrigen Darmerkrankungen als nicht übertragbar.

Nach diesen Darlegungen kommt Verf. wieder auf die anfänglich gestellte Frage zurück, ob eine Anstaltsbehandlung von Säuglingen zu rechtfertigen sei, und beantwortet dieselbe dahin, dass wenn durch hygienische Verbesserungen (Quarantainezimmer usw.) die Infektionsgelegenheiten möglichst ausgeschaltet werden, die Bedenken gegen die Massenverpflegung der Säuglinge schwinden müssen.

Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass trotz der Vorteile der Vierteilung der Verdauungsstörungen der Säuglinge, wie sie die Wiener

Digitized by Google

Schule lehrt, das Causalitätsbedürfnis dadurch nur unvollkommen befriedigt werde, und dass Booker durch seine Einteilung in eine nicht entzündliche und eine entzündliche Gruppe, diese wiederum in eine bacilläre und Streptokokkenenteritis, die Erkenntnis gefördert habe. Im Hinblick hierauf unterscheidet Verf. zwei Gruppen von Cholera infantum:

1) Die infektiöse Form mit akut toxischen Erscheinungen. Kurze dyspeptische Prodromi mit oder ohne Fieber, oder plötzlich hohes Fieber; Erbrechen, profuse schleimig-eitrige Stühle, schwerster Collaps. Bei kräftigen Kindern Fieber bis zum Tode, bei schwachen subnormale Temperatur. Therapie machtlos. Bei der Sektion heftige Entzündung der Darmwand mit lymphatischer Schwellung. Im Urin Epithelcylinder, Leukocyten, Blut. Bei weiblichen Individuen Cystitis.

2) Die nicht infektiöse Form rein toxischen Ursprungs. Längere, mindestens 7 Tage lange dyspeptische Beschwerden. Schwerer Collaps mit Erbrechen und profusen Diarrhöen, jedoch nicht schleimig enteritisch. Fieber fehlt in den reinen Fällen. Im Urin Albumen und hyaline, selten Epithel-Cylinder. Cystitis fehlt meistens. Ist der Collaps überstanden, meist schnelle Erholung unter Besserung der Ausleerungen.

Köppen, Norden.

Recensionen.

Atlas der Syphilis und der venerischen Krankheiten. Von Prof. Dr. Franz Mracek. Lehmann's med. Handatlanten. Bd. VI. München, J. F. Lehmann, 1898. Preis 14 M.

Verf. ging von der Absicht aus, ein weiteren Kreisen zugängliches Buch zu schaffen, da die bisher vorhandenen Bilderwerke durch ihren Umfang und ihren Preis nur eine begrenzte Verbreitung finden konnten. Demgemäss war es nötig, die häufigsten und praktisch wichtigsten Affektionen auszuwählen, seltenere Erkrankungen, die nur das Interesse der Fachkreise erregen, beiseite zu lassen. M. teilt sein Thema in folgende Kapitel: Das primäre Stadium der acquirierten Syphilis, das sekundäre Stadium der Syphilis, das tertiäre (gummöse) Stadium der Syphilis, die hereditäre Syphylis, die venerischen Geschwürsformen, die Blennorrhoe. Das ganze Material ist auf 71 farbigen Tafeln nach Original-Aquarellen des Malers A. Schmitson und in 36 schwarzen Abbildungen niedergelegt. Für den Kinderarzt von besonderem Interesse sind die Tafeln 58, 59 und 60 a, b, c, welche die hereditäre Syphilis behandeln. Die Ausführung sämtlicher Tafeln ist ausgezeichnet; die Auswahl der dargestellten Erkrankungsformen hat überall das Interesse des praktischen Arztes im Auge, dem der Atlas nur auf das Wärmste empfohlen werden kann.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Die Anfänge des menschlichen Geistes. Von Julius Donath. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1898. Preis 1 M.

Die kleine Schrift enthält in gedrängter Kürze eine erschöpfende Darstellung alles dessen, was wir über die Entwicklung der geistigen

Digitized by Google

Funktionen bei Kindern wissen. Sie ist sehr fesselnd und anregend geschrieben, sodass die Lektüre dieses Büchleins dem Leser eine willkommene Bereicherung seines Wissens verschaffen wird.

Emanuel Fink, Hamburg.

Medizinische Deontologie. Ein kleiner Katechismus für angehende Praktiker. Von Privatdozent Dr. J. Pagel. Berlin, Oscar Coblentz, 1898. Preis 2 M.

Der bekannte medizinische Historiker P. legt in dem vorliegenden Werkchen seine Anschauungen über alle Verhältnisse des praktischen Arztes in hygienischer, sittlicher, ökonomischer und gesellschaftlicher Beziehung nieder. Das Ganze ist durchweht von historischem Geist, hohem sittlichem Ernst und doch durchaus praktischem Sinne. Das Werkchen sei der Lektüre eines jeden Arztes angelegentlichst empfohlen.

S.

Die Behandlung der Tuberkulose mit Zimmtsäure. Von Prof. Dr. Albert Landerer. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1899. Preis 12 M.

Bekanntlich hat L. im Jahre 1888 in der Münchener medizinischen Wochenschrift einen Aufsatz: „Eine neue Behandlungsmethode tuberkulöser Prozesse" veröffentlicht, in welchem er, angeregt durch die günstigen Erfolge Sayres bei Behandlung spondylitischer Abscesse mit Perubalsam, seine Studien über die Behandlung von tuberkulösen Prozessen mit intravenösen Injektionen einer Perubalsamemulsion niederlegte. Mit diesem Aufsatze beginnt eine ganze Reihe von Veröffentlichungen L's. über dasselbe Thema, in denen er über die allmählichen Fortschritte seiner Methode und die mit ihr erzielten Heilresultate berichtet. Nachdem L. sich überzeugt hatte, dass das wirksame Prinzip des Perubalsams die Zimmtsäure ist, wandte er an Stelle der intravenösen Injektionen von Perubalsam solche von Zimmtsäure an. Wie alle Ärzte, welche sich mit dem Perubalsam, resp. der Zimmtsäure beschäftigen, begegneten auch L. Schwierigkeiten in der Beschaffung reinen unverfälschten Materials, er warnt daher eindringlich vor unreinen Präparaten und verwendet jetzt ausschliesslich chemisch reine synthetisch dargestellte Zimmtsäurepräparate und zwar vornehmlich Hetol, zimmtsaures Natrium, das er in wässeriger Lösung intravenös injiziert. Durch die übereinstimmenden experimentellen, mikroskopischen und klinischen Beoachtungen kann es nach L. als gesicherte Thatsache betrachtet werden, dass wir in der Zimmtsäure und ihren Derivaten ein die Tuberkulose stark beeinflussendes Mittel besitzen; ein Specificum gegen Tuberkulose ist die Zimmtsäure nicht. Was die Theorie der Zimmtsäurewirkung betrifft, so steht es einwandsfrei fest, dass die Zimmtsäure eine starke chemotaktische Wirkung besitzt. Namentlich auf Grund seiner ersten Beobachtungen mit intravenösen Injektionen der Emulsionen von Perubalsam resp. Zimmtsäune kam L, zu der Ansicht, dass die feinen Emulsionskörnchen gierig von den Leukocyten aufgenommen würden und so ihre Wirkung entfalteten. L. versucht auch jetzt noch, wo er bei Verwendung wässeriger Hetollösungen dieselben Erfolge erzielt, an einer ähnlichen

Digitized by Google

mechanischen Erklärung festzuhalten. Indessen halte ich das nicht für richtig. Ich verfüge über eine grosse Reihe ausgezeichneter Erfahrungen über Behandlung der Tuberkulose mit einem von mir angegebenen Zimmtsäurepräparat, nämlich mit Peru-Cognac. Auf Grund dieser Erfahrungen bin ich der Ansicht, welche im übrigen auch L. schon als möglich hinstellt, dass die Zimmtsäure sich im Sinne Behrings mit den Giften der Tuberkelbacillen zu unschädlichen Stoffen verbindet, wenigstens sieht man häufig sehr rasch eine sehr günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens und zwar schon zu einer Zeit, wo sich objektiv eine Besserung des lokalen Prozesses noch nicht nachweisen lässt. Alle seine bisherigen Erfahrungen hat Verf. in dem vorliegenden starken Bände zusammengefasst, welcher namentlich auch ausgezeichnet ist durch 241 Krankengeschichten von mit Zimmtsäure behandelten Patienten, welche an den verschiedensten Arten der Tuberkulose litten. Beigegeben sind dem Werke 26 Mikrophotogramme, 2 Holzschnitte und zahlreiche Kurven. Das Buch L.'s ist für die Behandlung der Tuberkulose geradezu als epochal zu betrachten und verdient das eingehendste Studium aller Ärzte, die zur Bekämpfung der verheerendsten Volksseuche beitragen wollen.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Der Diabetes mellitus. Von Prof. Dr. B. Naunyn. Wien, Alfred Hölder, 1898. Preis 12 M.

Die vorliegende Monographie über den Diabetes ist ein Teil des grossen Sammelwerkes von Nothnagel. In dem Buche ist mit grosser Ausführlichkeit und Vollständigkeit das gesamte weitschichtige Material dieser so viel beschriebenen Krankheit verarbeitet. Wenngleich also das Buch namentlich für den wissenschaftlichen Forscher auf diesem Gebiete von Bedeutung ist, so ist es doch bei der Häufigkeit, Wichtigkeit und bei dem Komplikationsreichtum der Zuckerkrankheit auch für den praktischen Arzt ein Nachschlagewerk von hohem Werte.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Notizen zur Parotitis epidemica Von Hochsinger. Verf. berichtet über einige seltene Vorkommnisse, welche er während zweier Parotitisepidemien in Wien zu beobachten Gelegenheit hatte.

1) Beobachtete er einen Fall von Nephritis acuta hämorrhagica mit Urämie, welche bei einem 7jährigen Knaben am 11. Tage nach Beginn der Mumpserkrankung plötzlich mit Kopfschmerzen, Erbrechen usw. zum Ausbruch kam, nachdem die parotitischen Schwellungen bereits zurückgegangen waren. Nach 6 wöchentlichem Krankenlager trat Genesung ein.

2) bei einem 11jährigen Mädchen erlebte er eine mehrmalige Erkrankung an Mumps, insofern dasselbe während der Herbstepidemie

Digitized by Google

1896 und dann wieder während der Frühjahrsepidemie 1898 gleichzeitig während einer Morbillenerkrankung von Parotitis befallen wurde.

3) beschreibt er 2 Fälle, in welchen er mit aller Sicherheit eine Inkubationszeit von mindestens $3\frac{1}{2}$ Wochen feststellen konnte.

4) fand er zweimal in einer Familie Masern und Mumps gleichzeitig an einem und demselben Kinde entwickelt, einmal Mumps und Varicellen und 3mal Influenza und Mumps. (Centralblatt für Kinderheilkunde, 1898. No 12). Klautsch, Halle a. S.

— Lobar pneumonia in a child aged three. Von D. C. Mc Callum. Bei einem 3jährigen Kinde, welches unter allgemeinen Symptomen einer akuten Lungenaffektion erkrankte, wurde am nächsten Tage bei der Aufnahme in das Hospital eine Pneumonie des linken Unterlappens nachgewiesen. Am 6. Tage kritischer Abfall der Temperatur, aber nur auf die Dauer von 3 Tagen. Im Laufe der nächsten 9 Tage schwanden allmählich die physikalischen Zeichen der Lungenerkrankung; trotzdem trat eine Temperatursteigerung ein, welche ausgesprochen auf einen septicämischen Prozess hinwies. In den nächsten 6 Wochen schwankte die Temperatur zwischen einer Höhe unter der Norm bis zu 42° (108° F.). Ebenso wie pleuritische Erscheinungen nicht nachweisbar waren, blieb die bakteriologische Blutuntersuchung (Widal'sche Probe) negativ. Es fehlte jeder Anhalt für die Herkunft der Pyrexie. Dabei war das Kind stets munter und vergnügt, ass mit vorzüglichem Appetit. Allmählich liess die Temperatursteigerung nach und nach fast dreimonatlicher Behandlung trat völlige Genesung ein. (The Montr. med. journ. 1898.)

v. Boltenstern, Bremen.

— Un cas d'infection staphylococcique du sang et du liquide céphalorachidien. Von Lesné. Der Fall von einer Staphylococceninfektion des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit bei einem halbjährigen Kinde ist interessant, weil sie nachweisbar war ohne Pyämie. Nachdem innerhalb $2\frac{1}{2}$ Monate durch Asepsis und Antisepsis der Haut und durch hygienische Massnahmen die Affektion geheilt war, erkrankte das Kind nach 14 Tagen an Masern und starb an einer Bronchopneumonie. Die Obduktion ergab nichts, was auf die erste Erkrankung sich bezog. Schwierig ist die Feststellung der Infektionsquelle. Ebenso wie der Digestions- oder Respirationstractus als Ausgangspunkt absolut ausgeschlossen sind, scheinen es fast Hautaffektionen werden zu müssen, weil zu Beginn der Erkrankung irgend welche Erscheinungen seitens der Haut fehlten. Aber wenn die exogene Infektion ausreicht, um oberflächliche Hautsuppurationen, wie Furunkeln und Pusteln zu erzeugen, kann vielleicht der hämatogene Ursprung in den tiefen Abscessen der Lumbalregion und der behaarten Haut gesucht werden, welche langsam lich ausbildend mit der Höhe der Allgemeinfektion coincidierten. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1898.)

v. Boltenstern, Bremen

— Ueber künstliche Säuglingsernährung. Von E. Schlesinger. Mit künstlicher Ernährung können gute Erfolge nur dann erziehlt werden, wenn der Säugling unter gleich günstige Verhältnisse gebracht wird, welche das Gedeihen des Brustkindes bedingen. Den Weg, auf welchem, soweit

Digitized by Google

es überhaupt möglich ist, dieses Ziel erreicht werden kann, zeigt die Diätetik. Sie lehrt, wie die Nahrung beschaffen sein soll, nicht allein, sondern auch, welche Nahrungsmenge dem Alter des Kindes entspricht. Sie ist der wichtigste und beachtenswerteste Faktor. Falsch dagegen und fehlerhaft ist es, die Aufmerksamkeit allein auf die Nährmethode zu richten, die Diätetik als untergeordnete Angelegenheit zu vernachlässigen. Jede rationelle Methode kann zum Ziele führen, wenn den Regeln der Diätetik entsprochen wird. Keine wird etwas nutzen, wenn andauernd gegen die Prinzipien der Diätetik Verstösse gemacht werden.

Verf. resümiert den Inhalt seines Vortrages, dessen Einzelheiten hier nicht näher erörtert werden können, in folgende Thesen:

I. Der Erfolg der künstlichen Säuglingsernährung beruht in erster Linie auf der Diätetik.

II. Die Diätetik besteht: 1) in der Darreichung einer chemisch und bakteriologisch möglichst tadellosen Kindermilch und 2) in der Innehaltung einer sich streng den physiologischen Verhältnissen anpassenden Nahrungsmenge, welche die Magenkapazität für die einzelne Mahlzeit berücksichtigt und als tägliches Gesamtquantum dasjenige eines normal sich entwickelnden Brustkindes — in seinem Durchschnittstypus — zum Muster nimmt.

III. Die Ernährungsmethode ist der Diätetik gegenüber von untergeordneter Bedeutung.

IV. Unter den Kuhmilch-Nährmethoden sind diejenigen die rationellsten, welche den gleichen Nährwert, wie die Frauenmilch besitzen. (Ther. Monatsh. 98). v. Boltenstern. Bremen.

— Über die Gefahren der Karbolsäure bei Kindern sprach Comby in der Société médicale des hôpitaux in der Sitzung vom 8. Juli 1898, indem er ein fünfjähriges Mädchen vorstellte, das wegen Otorrhoe 10 Tage lang mit warmen Ohreinspritzungen einer $1^1/_2$ prozentigen wässerigen Karbolsäurelösung und Einträufelnngen einer 5 prozentigen Karbolsäurelösung in Glycerin behandelt worden war. Zwei Tage nach Aussetzen der Karbolsäurespülungen begann das Kind blutigen Harn zu lassen, der später eine schwarze kaffeeähnliche Farbe annahm. Das Kind litt 14 Tage lang an abundanter Hämaturie. (Therapeutische Monatshefte, 1899, No. 1). Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Receptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Resorcin. 2,0
Antipyrin. 1,0
Aq. destillat. 70,0
Tct. Op. spl. gtt. III.
Tct. Bellad. gtt. VIII.

Rp.

Protojodur. Hydrarg. 0,2
Sacch. alb. 10,0
Div. in aequ. part. No. XV.
DS. tgl. 3 P.

oder:

Digitized by Google

Syr. Codein 10,0
Syr. Cedr. 20,0
MDS. 1—2 stdl. 1 Kaffeelöffel
(für Säuglinge)
1 Kinderl. (1—3 J.)
1 Esslöffel (über 3 J.)
Pertussis.
(Concetti.)*)

Rp.
Stront. bromat. 6,0
Stront. jodat. 12,0
Aq. destillat. 40,0
Aq. menth. piper.
Syr. menth. piper. aa. 20,0
MDS. 3 mal tägl. 1 Theel.
Morbus Basedow.
(Lockhart-Gillespu.)

Rp.
Syr. ferr. jodat. 10,0
— Fur. Cort.
— simpl. aa. 20,0
MDS. täglich kaffeelöffelweise

oder:

Rp.
Jod. pur. 0,1
Ol. Jecor. Asell. 100,0
DS. tägl. 1 Kaffeel.
Syphilis hereditaria.
(Aus: »Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten« von Dr. Kafka.)

Rp.
Emplastr. Hydrarg.
— saponat. aa. 30,0
DS. auf Leinwand zu streichen und die kranke Stelle damit zu bedecken.
Lupus erythematodes.
(Ibid.)

Kleine Mitteilungen.

Der XVII. Kongress für innere Medizin findet vom 11. bis 14. April 1899 zu Karlsbad statt. Das Präsidium desselben übernimmt Prof. Quincke, Kiel. Zur Verhandlung kommen als Hauptthemata: Am 1. Sitzungstage: Die Insufficienz des Herzmuskels. Referenten: L. v. Schrötter-Wien und Martini-Rostock. Am 3. Sitzungstage: Leukämie und Leukocytose. Referenten: Löwit-Innsbruck nnd Minkowski-Strassburg. Ausserdem ist noch eine grosse Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der inneren Medizin angemeldet. — Teilnehmer für einen einzelnen Kongress — eine Teilnehmerkarte kostet 15 M. — können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Diskussionen beteiligen. — Mit dem Kongress ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten usw., so weit sie für die innere Medizin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen hierzu sind an Hern L. v. Mattoni-Karlsbad zu richten.

*) Zu bemerken ist bei dieser Verordnung, dass die Dosen sehr hoch begriffen sind und man gut daran thun wird, dieselbe mindestens auf die Hälfte zu reduzieren.
(Anm. d. Red.)

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Jul. Brandstätter, Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark, mit „Der Frauenarzt" zusammen bezogen statt 24 M. nur 20 M. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Katalog No. 3940) sowie auch die Verlagsbuchhandlung gern entgegen.

X. Jahrg. **7. April 1899.** **Heft 4.**

Inhalt. Originalien: 1. **Wille,** Der erste bleibende Molar mit besonderer Berücksichtigung der Praxis bei Kindern. (Fortsetzung.) 73. — 2. **Bruck,** Zur Diagnose der Rubeolae. 79. — Referate: **Landwehr,** Diphtherieheilserum. 82. — **Knöspel,** Scharlach. 82. — **Fournier,** Syphilis. 83. — **Schmid-Monnard,** Ernährung von Flaschenkindern. 83. — **Keller,** Malzsuppe. 84. — **Heermann,** Otitis media. 85. — **Kármán,** Pseudobulbärparalyse. 86. — **Berend,** Symmetrische Gangrän. 87. — **Luithlen,** Pemphigus neonatorum. 88. — **Hirschkron,** Ekzem. 88. — **Vulpius,** Spondylitis. 89. — **Schudmak,** Cosaprin. 90. — **Kapper,** Tannoform. 90. — **Moritz,** Arzneien und Magen. 91. — Gesundheitspflege: Zwei neue Nährpräparate: Tropon und Karno. 92. — Rezensionen: **Baginsky und Janke,** Handbuch der Schulhygiene 3. Aufl. 1. Bd. 93. — **Schleich,** Schmerzlose Operationen 4. Aufl. 93. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 94. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis. 96. — Kleine Mittheilungen. 96.

Der erste bleibende Molar mit Berücksichtigung der Praxis bei Kindern.

Von Zahnarzt Wille in Worms.

(Fortsetzung statt Schluss.)

Es ist kein Zufall, dass die gütige Natur den so viel angefeindeten Zahn als den grössten geschaffen hat. Will sie nicht einen Wink geben, dass wir ihn auch für den wichtigsten halten sollen?

Vor mir liegen einige Abdrücke von tadellos schönen Kiefern Erwachsener, die sämtliche Zähne zeigen, und solche, in denen der erste Molar frühzeitig, und zwar wahrscheinlich vor dem zwölften Jahre gezogen wurde. Während in jenen die prächtige und nahezu gleichmässige Wölbung des harten Gaumens, die ebenmässige Festigkeit des Alveolarfortsatzes, die schöne Rundung des Zahnbogens und die kräftig ausgebildeten schmelzstarken Zähne die Quittung der Natur sind für den zur Zeit des Zahnwechsels gesund erhaltenen Mund und das knöcherne Substrat auf schöne Linien des Antlitzes ihrer Besitzer schliessen lässt, finden wir hier ungleich gewölbte Gaumen, ungleich gerundete Kieferbögen, an den Stellen des extrahierten Zahnes stark resorbierte Alveolarfortsätze, die hinteren Backenzähne nach innen oder vorn geneigt und unter Umständen dem Kauakt entzogen, der Kieferbogen endlich in der

Digitized by Google

Längenausdehnung erheblich gekürzt, den Biss zur Prognathie hinneigend oder gar letztere ausgebildet, einzelne Zähne durch Verlust des Antagonisten verlängert, sodass wir aus der Betrachtung der fehlerhaften Kiefer ohne weiteres auf Unregelmässigkeiten in der Gesichtsbildung schliessen dürfen, wie es auch die Thatsachen zeigen.

Es sei gestattet ein goldenes Wort Röse's[1]) anzuführen, das verdiente über den Eingang zu jeder Kinderstube eingeschrieben zu werden: „In ganz unverantwortlicher Weise werden auch von einsichtigen Eltern die Milchzähne der Kinder vernachlässigt infolge der irrigen Erwägung, dass sie ja doch gewechselt würden. Demgegenüber kann nicht eindringlich genug betont werden, dass auch hohle Milchzähne rechtzeitig gefüllt werden müssen, damit sie bis zur regelrechten Zeit des Zahnwechsels kautüchtig erhalten bleiben. Je kräftiger ein Kind seine Milchzähne benutzt, um so besser und widerstandsfähiger werden die bleibendenden Zähne ausgebildet!" In dieser Erkenntnis sind uns die Amerikaner weit voran. Ein reizendes rotwangiges 3jähriges Kind, das wir täglich auf der Promenade des Anglais zu Nizza beobachteten, wie es mit grösstem Eifer in sein zweites Frühstück, eine trockene altbackene Semmel, einbiss, dass die Bröckchen sprangen, illustrierte das am besten. Die Mutter, eine Amerikanerin, wollte ihrem Kinde ein festes Gebiss anerziehen und fand, dass ihr Liebling sich vorzüglich dabei entwickelte. Wenn Warnekros von den Neapolitanern sagt, dass sie mit weit geöffnetem Munde abbeissen und dadurch zu vollendet kräftigen Kiefern kommen, so ist der Grund der, dass sie, wie wir täglich beobachten konnten, in die Limonen und andere Früchte, welche bedeutenden Umfang haben und an Grösse bei uns von keinem Apfel erreicht werden, ohne sie mit dem Messer zu zerkleinern oder die Schale zu entfernen, einbeissen und den Mund hübsch öffnen müssen und so durch vermehrten Muskelzug, erhöhte Drüsenthätigkeit, stärkere Nerventeilnahme den Stoffwechsel der Kiefer wie der Zähne fördern. Warum denn finden wir in Westfalen, Niedersachsen, Mecklenburg die herrlichen festen, rechtwinkligen Unterkiefer mit breitem Kinn? Sollte da nicht Pumpernickel resp. Schwarzbrot, das nur alle 2 bis 3 Wochen frisch gebacken wird und aus Sparsamseit altbacken gegeben wurde, wie das Sprichwort in meiner Heimat sagt: „oll Knust höllt Hus", Schuld sein? Unbedingt. Denn ausser der durch die kräftige Mastikation bedingten Zunahme der Kalksalze in den Zähnen wirkt die Kleie, welche dem nur grob gemahlenen Brote anhaftet, zahnputzend. Es ist eines jener grossen Geheimnisse dee Natur, das man ihr zum Heile der Menschheit abgelauscht hat, selbst Knochengebilde durch reichlichere Nahrungszufuhr zu stärkerer Entwicklung zu bringen. Zeigte doch dem Verfasser eines Tages ein bekannter Kliniker Berlins an dem Mittelfinger seiner linken Hand auf der Mittelphalange eine starke Exostose, welche durch die täglich geübte Perkussion vieler Patienten herbeigeführt war. Wir selbst vermochten bei einem sechzig Jahre alten Herrn von allerdings fester Gesundheit durch geeignete Massage eine seit Jahren bestehende Knochenauftreibung, die von einem periostitischen zweiten oberen Prae-

[1]) C. Röse. Zahnärztliche Rundschau Jahrg. 1894 No. 119. Die Zahnverderbniss unter den Schulkindern Freiburgs.

Digitized by Google

molaren ausgegangen war, zur Rückbildung zu bringen. Also Zunahme wie Abnahme der Ossifikation — wenn der Ausdruck gestattet sein darf — hat der Arzt in der Hand. Da nun nach Röse (in seiner Eingangs zitierten (S. 53) Arbeit) die Ablagerung von Zahnbein an der Oberfläche der Pulpe zeitlebens fortdauert, so haben wir es ganz in der Hand, einen schwach entwickelten Zahn durch stärkeren Gebrauch zu kräftigen, vorausgesetzt, dass nicht bereits Caries vorliegt. Ebenso fand Kühns[1]), dass die festen Substanzen im Zahne zu-, die flüssigen abnehmen. In Uebereinstimmung damit fand Black[2]), dass die Zunahme an Dichtigkeit in der frühen Jugend (etwa bis zum 17. Jahre) am bedeutendsten ist, um dann langsamer zu werden; etwa vom 50. Jahre an wird sie wieder schneller.

Black kommt zu dem merkwürdigen, wie Jung sich ausdrückt, verblüffenden Resultat, „dass er absolut keine direkten Abhängigkeitsbeziehungen zwischen der Dichtigkeit der Zähne und ihrer Caries findet." Er ist überzeugt, dass bei verschiedenen Individuen die mittlere Dichtigkeit der Zähne annähernd dieselbe ist, auch dann, wenn betreffs Auftreten von Caries ein grosser Unterschied konstatiert werden kann. Verschiedenheiten in der Stärke der Zähne haben keinen Einfluss auf die Prädisposition zur Caries, Verschiedenheiten in der Dichtigkeit oder im Prozentgehalte der Kalksalze ebenso wenig. Die Caries hängt nicht von irgend welchem Zustand der Zahngewebe ab, sondern einzig und allein von den Zuständen der Umgebung." Diese aber haben wir jederzeit in unserer Hand. Zunächst durch physiologische Kräftigung des gesamten Kunapparates. Schon Hyrtl sagt in seiner topographischen Anatomie, dass es Leute gäbe, welche Pfirsichkerne aufbeissen, „wozu eine Druckkraft von 4—5 Zentnern gehört," und Black[3]), der sich einen eigenen „Gnathodynamometer" konstruierte, beobachtete, ohne dass die untersuchten Personen die Muskelkraft bis zum Ende ihrer Leistungsfähigkeiten ausdehnten, zwischen 30 und 270 Pfund Kaudruck. „Die geringste Leistung ergab ein Mädchen von 7 Jahren, indem sie mit den Schneidezähnen einen Druck von 13,6 kg. und mit den Backzähnen von 30 kg. ausübte." Also ein eben erst schulpflichtiges Kind hat eine Kaukraft allein in den Backzähnen von mehr denn einen halben Zentner! „Die Kraftäusserung hängt nicht allein von der Entwickelung der Muskeln, sondern auch von der Befestigung der Zähne ab" (Black). Mögen wir uns nun an Black anschliessen, der direkte Abhängigkeitsbeziehungen zwischen der Dichtigkeit der Zähne und ihrer Caries durchaus leugnet, oder mit Röse und Miller eine Wechselbeziehung zwischen Caries der Zähne und ihrer Struktur annehmen, so haben wir für die Praxis gleichwohl nur einen Weg, der Caries nach Kräften zu steuern; denn darin sind alle Praktiker einig, dass im gleichen Falle der Erkrankung derjenige Zahn eher der Vernichtung anheimfällt, welcher am kalkärmsten ist, wie wir täglich in

---

[1]) Kühns, C., Inaugural Dissertation. Untersuchungen über die chem. Zusammensetzung der harten Zahnsubstanzen des Menschen in verschiedenen Altersstufen. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1895.

[2]) Black, G. V. An investigation of the physical characters of the human tuth in relation to their diseases and to practical dental operations together with the physical charakters of filling materials. Dental Cosmos 1895 cit. nach Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde. April 1896.

[3]) Black, G. V. l. e.

Digitized by Google

der Praxis sehen. Aber ebenso oft beobachten wir, dass jene blauen Zähne, deren Widerstandsfähigkeit bei Dichtstand gering ist, sobald wir sie bei Personen mittleren Alters noch antreffen, an Festigkeit den besten Zähnen nichts nachgeben. Ferner wird auch Black nicht bestreiten, dass durch kraftvollen Kauakt der Kiefer im Längen- und Dickenwachstum erheblich beeinflusst wird, und das ist beim Durchbruch der bleibenden Zähnen sehr wichtig. Wir haben also, wie aus dem Gesagten hervorgeht, die Aufgabe, durch rechtzeitige Entwicklung der Muskulatur im Beiss- und Kauakt, durch wohlüberlegte Pflege der Milchzähne, durch zeitweise angestrengtes, mühevolles Kauen (hartes Brot, Rinde etc.) Knochengewebe und Muskulatur zu stärken.

Ungenügendes Kauen, ungeeignete Nahrungsmittel (weiches Brot, Purée etc.) sind die stärksten Noxen des kindlichen Gebisses.

Die Befestigung der Zähne beruht ebensowohl auf gut entwickeltem Alveolar-Fortsatz wie auf straffem gesunden Zahnfleisch. Ein Mund, in dem es von pathogenen Bakterien wimmelt, Zahnhöhlen mit gährenden Speiseresten, mit Pulpitiden oder Periostitiden kann nur ungleichmässig kauen. Exfoliationen des Zahnfleisches oder gar Lockerung machen gehörige Einspeichelung illusorisch.

Sollte sich, wie bei einem so scharfen Beobachter, wie Black, dessen Auge durch dreissigjährige Praxis geschärft ist, anzunehmen ist, die Theorie von den fehlenden Abhängigkeitsbeziehungen zwischen Dichtigkeit der Zähne und Caries bewähren, so müssten alle Klagen jener verstummen, deren bläuliche, bläulichweisse oder rötlich gefärbte Zähne ohne weiteres als das non plus ultra der Hinfälligkeit angesehen wurden. Hat man doch bis vor kurzem noch in kalkarmen Wasser geglaubt eine der Ursachen für diese „kalkarmen" Zähne sehen zu müssen; ja selbst Röse musste seine dahin gehende Ansicht in dem Aufsatz über die Ursachen der Zahnverderbnis in den Schulen von Freiburg i. B. von Dieck[1]) dahin korrigieren lassen, „dass in Frankreich die Caries am seltensten auf kalkarmen und am häufigsten auf kalkreichem Boden ist." „Für die stärkere oder schwächere Ausbildung der Zähne kommt aber ein wichtiges aktives Moment in Frage, nämlich die Energie, mit welcher die spezifischen morphologischen Bildungselemente des Zahnes, die Ameloblasten des Schmelzorgans, die Osteoblasten des Zahnsäckchens resp. Zahnperiostes und vor allen Dingen die Odonblasten der Pulpa imstande sind, die ihnen zugeführten Kalksalze zur Ausscheidung zu bringen. Wo diese Energie nicht auf normaler Höhe steht, da dürfte es auch ohne Bedeutung sein, in welcher Menge die Kalksalze zugeführt werden, wenn dieselbe nur nicht unter der Norm bleibt."

Ob wir einer Gravida mehr Kalk, in welcher Form immer geben, ihre Zähne werden, wenn sie prädisponiert ist, ebenso leiden wie ein rhachitisches Kind trotz aller phosphorsauren Kalkpräparate seine Assimilationsfähigkeit für Kalk nicht erhöht, wenn nicht die Grundursache der Erkrankung beseitigt wird.

Berten[2]) hat das Verdienst, die Magitot'sche Entdeckung von den

---

[1]) Wilh. Dieck. Die Resultate der Untersuchung der Bodenbeschaffenheit in ihrem Einfluss auf die Caries der Zähne. Deutsche Monatsschrift für Zahnheilk. Dezember 1895.

[2]) J. Berten. Die Hypoplasie des Schmelzes s. o.

Digitized by Google

Ursachen der Schmelzhypoplasie in seiner Abhandlung über diesen Gegenstand derartig wissenschaftlich beleuchtet und erweitert zu haben, dass wir zu dem Satz kommen, dass alle Formen der Hypoplasie aus den einfachen Grübchen entstehen und aufzufassen sind als der Ausdruck der grösseren oder geringeren Heftigkeit und der längeren oder kürzeren Dauer einer während der Verkalkung auftretenden Störung von allgemeinem Charakter. Jede Erkrankung, welche also geeignet ist, eine allgemeine Ernährungsstörung herbeizuführen, kann Hypoplasie hervorbringen.

Solche Krankheiten sind in erster Linie „die verschiedensten Erkrankungen des zentralen Nervensystems selbst, wohin die Meningitiden und die isolierten Gehirntuberkel zu rechnen, als auch jedes Fieber bei Entzündung des Respirations- oder Verdauungstractus, sowie alle exanthematischen Erkrankungen, ganz besonders der Rhachitis, spezielle Schädelrhachitis." Berten bestreitet, dass Convulsionen als Ausdruck selbständiger Erkrankung aufgefasst werden dürfen. Er sieht in ihnen nur Symptome einer Erkrankung des zentralen Nervensystems.

Hieraus wird leicht erkannt werden, warum am häufigsten die ersten bleibenden Molaren von Hypoplasie befallen werden. Störungen in der zweiten Hälfte des Fötallebens und den ersten drei oder vier Lebensmonaten, in welch' letzteren bei der grossen Widerstandslosigkeit kindlicher Organe ganz besonders häufig jene Schädigungen beobachtet werden, führen also meist zur Schmelzunterbildung bei ihnen.

Diese Erkenntnis führt in Bezug auf den ersten bleibenden Molaren zum Prinzip rationeller Ernährung und des Aufgebens symptomatischer Behandlung. Es handelt sich hier um einen so wesentlichen und für unser gesamtes vegetatives Leben bedeutsamen Teil unseres Knochensystems, dass es trotz der scheinbaren Kleinheit des Gegenstandes gerade für den behandelnden praktischen Arzt von hoher Wichtigkeit sein dürfte, auch auf diese Nachkrankheit jener Erkrankungen zu achten.

Um darauf hinzuweisen, wie nach dieser Richtung hin ungenügende Ernährung sich geltend macht, sagt Berten: „Durch die künstliche Ernährung werden dem kindlichen Organismus die zu seinem Aufbau nötigen Kalksalze vorenthalten, andrerseits das für den kindlichen Magen schwer verdauliche Stärkemehl zugeführt. Werden nun noch diese Nahrungsmittel durch Mikroorganismen (hauptsächlich im Sommer) zersetzt, so sind Störungen des Verdauungstraktes unausbleiblich, welche sich durch Erbrechen und Diarrhöen äussern. Hierdurch wird dann die Störung der Ernährung des Organismus bedingt, die sich an den Zähnen in der Form der Hypoplasie ausspricht." „Wird mit der künstlichen Ernährung gleich nach der Geburt begonnen, so treten auch die Störungen bald auf, denn je jünger das Kind, desto leichter und stärker reagieren dessen Verdauungsorgane auf jede Schädlichkeit" (Kassowitz)[1]. „Der Zeitpunkt der Entwöhnung markiert sich fast regelmässig durch den Beginn der Hypoplasie" (Berten). Und zwar in verschiedener Form, je nach Heftigkeit und Dauer der Einwirkung.

---

[1]) Kassowitz. Syphilis als Ursache der Rhachitis. Intern. med. Kongress. London 1881

Digitized by Google

Derartige Erosionszähne, wie man sie auch nennt, sind übrigens durchaus in ihrem Grössendurchmesser nicht verkürzt, sie stehen keineswegs an Volumen hinter normalgebildeten zurück und wiewohl makroskopisch und mikroskopisch durch die strichartige globuläre Kalkablagerung unter der Schmelzdecke die gesamte Struktur als fehlerhaft bezeichnet werden muss, so ist bei Ausheilung des Defektes durch einen geschickten Zahnarzt der Zahn in späteren Lebensjahren keinen grösseren Gefahren ausgesetzt wie jeder andere auch.

Gleichwohl wird es sich nie vermeiden lassen, dass der erste Molar zuweilen der Zange zum Opfer fällt.

Sehen wir, welche Folgen eine frühzeitige, vor Erscheinen des zweiten Molaren, also vor dem zwölften Jahr, ausgeführte Extraktion des Zahnes haben wird.

Fällt der Zahn bald nach seinem Durchbruch, wie das in durchseuchtem Munde zuweilen der Fall ist, der Zange anheim, so ist der Mund, von eitererregenden Resten der Milchzähne abgesehen, zahnlos. Das Kind ist übel dran. Harte Nahrung ist unmöglich, der Kiefer ist im Zustand der Unterernährung und wird verkürzt. Erscheinen jetzt die bleibenden Schneidezähne, so haben sie allein allen Kauakt auszuhalten, werden in dem weichen kindlichen Knochengerüst fast horizontal nach vorn gedrängt und geben zu einer Missbildung des Mundes Veranlassung, die man in Niedersachsen treffend als „Trompetermund" bezeichnet. Dieser Zeitpunkt der Extraktion von allen vieren gleichzeitig oder je eines in einem Kiefer, doch so, dass Antagonisten nicht verbleiben, ist der denkbar ungünstigste. Diesen Zustand bezeichnet Sternfeld[1]) als Opisthognathia pathologica oder Prognathia pathologica. Er wendet die erstere Bezeichnung für den pathologisch verkürzten Oberkiefer, die letztere Bezeichnung umgekehrt an. Er sagt betreffs der Ursache: „Beginnen wir mit dem pathologischen Prognathismus der Zähne, so kommt derselbe am häufigsten dadurch zu Stande, dass sich die ersten bleibenden Molaren mangelhaft entwickelten oder durch Caries frühzeitig (d. h. vor vollendeter normaler Ausbildung der Vorderzähne) zu Grunde gingen. Andrieux hat in seiner Monographie über der sechsjährigen Molaren mit Recht auf die wichtige Aufgabe dieses Zahnes hingewiesen, welche vorzugsweise darin besteht, während des Zahnwechsels die beiden Zahnreihen auseinander und so den durchbrechenden bleibenden Zähnen für ihr Längenwachstum gewissermassen Platz frei zu halten. Gelingt es diesem Zahne aus dem einen oder dem andern Grunde nicht, seine Aufgabe zu erfüllen, seine Wirksamkeit zu entfalten, so ist die Folge davon, dass die oberen Vorderzähne, welche beim Zusammenbeissen an ihren Lingualflächen den ganzen Druck der Kaumuskeln aufzunehmen haben, nach vorne ausweichen müssen; fällt der Keil, als welchen wir die beiderseitigen Molaren aufzufassen haben, fort, so kommt beim Zahnschluss die untere Zahnreihe der oberen so nahe, dass die oberen und unteren Vorderzähne sich nicht mehr in einer vertikalen Ebene entwickeln können, sondern eine Reihe ausweichen muss, und zwar ist dies immer die obere Reihe, da diese ohnhin fast niemals ganz vertikal steht und da die Tubercula

[1]) Sternfeld A. Anomalien der Zähne. Scheff, Handbuch Bd. I.

Digitized by Google

der oberen Vorderzähne eine Art schiefer Ebene bilden, welche die successive Lageveränderung begünstigt. Andrieux hat auch übrigens auf die hohe Bedeutung aufmerksam gemacht, welche die ersten bleibenden Molaren als Kauorgane haben, indem dieselben während des Zahnwechsels die Zerkleinerung der Speisen übernehmen. Würde diese Aufgabe den im Durchbruch begriffenen zufallen, so möchte auch hierdurch manche Ablenkung von der normalen Bahn stattfinden."

Die von Sternfeld noch angeführten drei üblen Gewohnheiten, welche zur Prognathie führen und eventuell zum offenen Riss, nämlich 1. das sogenannte Daumensaugen, 2. das Lippensaugen oder Lippenbeissen, 3. das Pressen mit der Zunge, können uns hier nicht beschäftigen.

(Schluss folgt.)

Zur Diagnose der Rubeolae.

Von Dr. Leopold Bruck in Budapest.

Der Umstand, dass namhafte Autoren die Existenz der Rötheln leugnen, vielmehr sie für eine besondere Form von Masern, nicht selten für die Varietät eines leichten und absonderlichen Scharlachs betrachten, erschwert im Einzelfall ungemein die Stellung einer exacten Diagnose, zu deren Sicherung vielfach Schlüsse per exclusionem nötig sind. — Denn es muss zugegeben werden, dass die Symptome der Rötheln oft so schwach ausgeprägt sind, dass eine Verwechslung mit anderen acuten Exanthemen nicht ausgeschlossen erscheint, zumal mit solchen, die sich bei jüngeren Kindern als Folge von zum grössten Teil uns unbekannten, inneren und äusseren Reizen auf der Hautdecke zeigen und als Erytheme, Roseolae oder Urticaria bezeichnet werden. — Die sorgfältig erforschte Anamnese, das vorsichtige Zusammenstellen der prononcierteren Krankheitserscheinungen, jener des Initialstadiums als auch der der Florition, endlich die nicht übereilte Abschätzung des Gesammteindruckes des Krankheitsbildes können uns hier für die Differentialdiagnose unschätzbare Dienste leisten; denn die Rötheln haben so viel Eigenartiges an sich, dass man sie mit Recht für eine besondere acute Infektionskrankheit darstellen kann, wo die Diagnose zugleich die Prognose in sich schliesst. —

Schwierig bleibt immer, — wie auch Jürgensen betont — die Unterscheidung der Rubeola von leichten Masern; eine Verwechslung mit Scharlach dürfte kaum vorkommen. — Der klinische Scharlach ist so charakteristisch, dass es dem erfahreneren Praktiker unschwer ist, die Grenzen zwischen ihm und den Rubeolen abzustecken und ein „leichter Scharlach" im Sinne gewisser Pädiater kommt nicht vor, gleichwie die Rubeola scarlatinosa oder morbillosa nur Verbalbedeutung haben. — Mit Namensunterschieden klärt man nicht das Dunkel gewisser Krankheitsformen, sondern schafft nur Verwirrungen, ja sogar erheblichen Schaden. —

Nil Filatow spricht im Archiv für Pädiatrik (VII. 1882) von einer Familie, wo acht Kinder und die Erzieherin an einem acuten Exanthem erkrankten, welches durchaus dem des Scharlachs ähnlich war und F. auch bestimmte, Scharlach zu diagnosticieren. — Drei Jahre später (1885) trat in derselben Familie Scharlach auf, dem auch ein Kind zum Opfer

Digitized by Google

fiel, worauf F. seine frühere Diagnose korrigierte und behauptete, nun mit Sicherheit annehmen zu können, dass das Exanthem von 1882 kein Scharlach, sondern Rubeola scarlatinosa gewesen!! Nehmen wir an, F's „korrigierte Diagnose" betrifft Personen, die ihrer Armut wegen auf die Isolierabteilung der Scharlachkranken überführt werden; wir wollen nicht weiter ausspinnen, was da alles geschehen könnte. —

Für die Specifität der Rötheln spricht, dass ihr Überstehen weder einen Schutz für andere acute Exantheme verleiht, noch deren Überstehen vor ihnen schützt; was sie aber für einen „morbus sui generis" machen würde, nämlich die Entdeckung des ihr zu Grunde liegenden Krankheitserregers, steht uns als Beweismoment nicht zu Gebot, und fielen alle diesbezüglichen bacteriologischen Untersuchungen stets negativ aus. —

Die Rubeolae sind, wie es die Praxis bestätigt, eine selbständige Krankheit, und dadurch gekennzeichnet, dass 2—3 Wochen nach geschehener Infektion alle ihre Begleiterscheinungen schwach, diskret auftreten und sich in kurzer Frist abspielen. — Es fehlen ihr die langen, schweren Prodomi, die erheblichen Allgemeinsymptome und die Komplikationen, Eigenheiten, wie sie den Masern zukommen. —

Gewöhnlich setzt die Krankheit plötzlich ein, manchmal klagen die Kranken 1 — 2 Tage lang über Abgeschlagenheit, haben einen geringen Schnupfen, etwas Hals- und Kopfschmerzen, hie und da Schmerzen in den Gelenken, ohne Temperaturerhöhung und ohne Pulsbeschleunigung. Die Ausbreitung des Exanthems geht schubweise vor sich, in 1—2 Tagen ist der Körper von demselben bedeckt; es befällt zuerst die Kopfhaut, dann das Gesicht, den Hals, den Rücken, die Brust, die Arme und zuletzt die unteren Extremitäten, ja sogar die Handflächen und die Fusssohlen. —

Eine Sonderheit des Ausschlages ist, dass er sich in der Richtung von oben nach unten ausbreitet und im Gesicht, an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am Gesässe am stärksten sichtbar wird. — Sein etappenweises Erscheinen macht es verständlich, dass z. B. das Gesicht bereits im Erblassen begriffen ist, während sich an den Extremitäten die höchste Röthe zeigt. Das Exanthem besteht anfänglich aus wenigen, hellroten, unregelmässig gestalteten, manchmal kreisrunden Flecken, die kleiner sind als die Masern und nicht zusammenfliessen, oft durch röthliche Streifen mit einander communicieren, wodurch die Haut ein marmoriertes Aussehen gewinnt. — In anderen Fällen sind kleinere Flecken mit grösseren gemischt, die kleineren pflegen sich um die grösseren anzuhäufen und gleichsam mit ihnen Gruppen zu bilden. Am Rücken und an den bedeckten Körperteilen sind miliare Bläschen nachweisbar. Am 2ten Tage ihres Bestehens werden die Flecken dunkelrot und vor ihrem Verschwinden, was gewöhnlich in 2 — 4 Tagen geschieht, nehmen sie eine braunrote Schattierung an und verschwinden endgiltig ohne Zurücklassung einer Pigmentierung, auch fehlt die Abschuppung oder ist sehr gering. —

Mit dem Beginne der Efflorescenz werden die Schleimhaut des Rachens, der Respirationsorgane und die Conjunctiva catarrhalisch gereizt, die Rachenschleimhaut besonders die Parthien um die Uvula herum,

Digitized by Google

sind diffus verfärbt; ist die Zunge belegt, dann sind ihre Papillen leicht geschwellt und an der Spitze etwas gerötet. —

Als ein bemerkenswertes Symptom der Rubeolen ist die Anschwellung der Lymphdrüsen zu betrachten und sind es namentlich die hinter den Ohren und im Nacken vorkommenden, die afficiert werden und schon in 4 — 6 Tagen eine beträchtliche Grösse erreichen können, auf Druck nicht schmerzen und ohne jede Entzündungserscheinung verschwinden. — Der Urin ist eiweissfrei. —

Zur Beleuchtung des soeben Angeführten erlaube ich mir zwei Krankheitsfälle mitzuteilen, die ich während meiner 27jährigen abwechslungsreichen Praxis in unmittelbarster Nähe als Rubeolae entstehen, verlaufen und verschwinden sah; sie skizzieren die Krankheitssymptome zweier Kinder, an die mich verwandschaftliche Bande knüpfen. —

Die neunjährige, gut entwickelte Margarethe B. legte sich (4. April 1898) scheinbar gesund zu Bette, schlief unruhig, verlangte mehrmals zu trinken, fühlte sich aber morgens wohl und war froh gelaunt. — Die Mutter bemerkte im Gesicht des Kindes rote Flecken, wovon sie mich allsogleich verständigte. — Bei näherer Besichtigung fand ich, dass das Exanthem aus kleinen, genau umschriebenen, hellrothen, hinter den Ohren, an der Stirne, um die Lippen herum zerstreuten Flecken besteht, welche sich über die Hautfläche nicht erheben und auf Druck verschwinden. Bei Entblössung des Körpers konnte ich am Halse, an der Brust, am Rücken, an den Streckseiten der oberen Extremitäten dieselben zart gerötcten Maculae in spärlicher Zahl konstatieren. — Keine Lichtscheu, kein Schnupfen, kein Husten nachweisbar, die Rachenschleimhaut etwas gerötet, die Temperatur normal. — Einige Stunden später war das Gesicht von diesen Flecken reichlich bedeckt, und konnte ich sie auch an den unteren Extremitäten, insbesonders an deren äusserer Seite und an den Glutealgegenden nachweisen, ebenso an den Handrücken. — Der Urin ist eiweissfrei. —

5. April. Das Exanthem wird im Gesicht blässer, auch an den oberen Extremitäten, sonst überall hellrot. — Die Nackendrüsen sind vergrössert, nicht schmerzhaft. —

6. April. Der Ausschlag erblasst am Rücken, ist an der Brust noch sichtbar, auch an den unteren Extremitäten; braunrot entfärbt. —

7. April. Das Exanthem ist überall im Verschwinden begriffen und nur noch an den Streckseiten der unteren Extremitäten und am Gesäss weniger sichtbar. — Die Lymphdrüsen des Halses beiderseits beträchtlich intumesciert. —

8. April. Das Exanthem ist verschwunden und die geschwellten Lymphdrüsen nehmen nach Verlauf von 4 Tagen ihre normale Grösse an. —

Genau 19 Tage später zeigen sich ohne ein vorhergegangenes Unwohlsein im Gesicht des vierjährigen Bruders Béla die oben beschriebenen Flecken, namentlich an beiden Schläfen, an den Wangen und um die Lippen herum; sie sind zart und rosenrot, nicht erhaben, confluieren nicht und verschwinden auf Fingerdruck. — Wenige sind am Rücken, an den oberen Extremitäten und auch an der Brust nachweisbar. — Die Temparatur zeigt 38° C. (Rectalmessung). Puls 94.

Digitized by Google

24 April. Die Maculae sind numerisch vermehrt an den Stellen, mit welchen das Kind aufliegt. — Wange, Glutealgegend reichlicher, an der Brust gruppenweise nebeneinander gestellt, und in der Nähe der Gelenke vermehrt, scharf begrenzt und nicht zusammenfliessend. — Die Drüsen etwas vergrössert. Urin eiweissfrei. —

25. April. Das Exanthem geht an den oberen Extremitäten zurück, an der Glutealgegend nimmt es zu. —

26. April. Das Exanthem blasst ab und ist noch an den unteren Extremitäten und am Gesäss deutlich sichtbar.

27. April. Bis auf wenige dunkelrote Flecken ist der Ausschlag verschwunden und befindet sich der Knabe wohl. —

Beide Kinder machten die Masern früher durch. —

Referate.

Ein Jahr Diphtherieserumbehandlung in der Landpraxis. Von Landwehr. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 Nr. 5.)

Verf. hat in Gemeinschaft mit Marthens in Oerlinghausen vom November 1895 bis November 1896 im Verlaufe einer sehr schweren Diphtherie-Epidemie 201 Fälle mit Heilserum behandelt und nur 4 Kinder verloren, von denen noch dazu 3 an Pneumonie und eins an Urämie starben. Die Resultate sind also glänzend. Verf. hat sodann in 291 Fällen Heilserum zur Immunisierung benutzt. Nur 20 davon erkrankten an Diphtherie, 3 aber erst mehr als 6 Wochen nach der Einspritzung der immunisierenden Dosis des Heilserums, dessen Schutzkraft nach den Erklärungen Behrings nur 6 Wochen vorhalten soll. In zwei Fällen war, wie sich nachträglich ergab, zur Zeit der Immunisierung die Infektion schon erfolgt, sodass also die Immunisierung nur in 15 Fällen versagt hat. Diese 15 Fälle hatten aber einen ausserordentlich milden, fast abortiven Verlauf. 271 mit der Immunisierungsdosis Versehene blieben von Diphtherie verschont, obwohl gerade bei dieser Epidemie Erkrankungen mehrerer Geschwister sehr häufig zu beobachten waren. Es erkrankte jedenfalls ein weitaus grösserer Prozentsatz nicht immunisierter Geschwister als immunisierter, und zwar die ersteren durchweg viel schwerer. Verf. hat niemals nachteilige Folgen von der Einspritzung des Serums zu Immunisierungszwecken gesehen, selbst nicht bei einem 10 Tage alten Säugling.

Dr. F. Schmey, Beuthen, O.-S.

Zur Behandlung des Scharlachs und einige besondere Scharlachfälle. Von Knöspel (Prager medicinische Wochenschrift No. 9. 1899.)

Schwere Fälle von Scharlach, welche sich schon in den ersten Tagen durch abnorm hohe Temparaturen, Benommenheit, Jactationen, anhaltende Delirien, Herzschwäche, u. s. w. bekunden, fordern ein actives Vorgehen. Zur antipyretischen Behandlung stehen zwei Methoden zur Verfügung: die medicamentöse und die hydropathische. Erstere ist auf Grund ungünstiger Erfahrungen von vielen aufgegeben, letztere findet immer mehr Anklang. Verf. berichtet über 158 von ihm beobachtete Scharlachfälle; bei 12 derselben wurden bei Angina necroticans **intratonsilläre Carbolsäure-Injektionen vorgenommen.** Von diesen Kindern

Digitized by Google

bekamen nur zwei Nephritis, die Angina wurde günstig beeinflusst. Die hydropathischen Procedurен bestanden in kühlen Abwaschungen, kalten Umschlägen und Packungen, verschieden temperierten Bändern und ausnahmsweise in kalten Übergiessungen. Schon bei kalten Einwicklungen trat häufig eine schlafmachende beruhigende Wirkung hervor, für schwere Fälle wurden Bäder von 28 bis 26° R. verwendet, welche durch Zugiessen von kaltem Wasser um 4—5° abgekühlt wurden. Bei Fällen mit Bronchitis, Bronchopneumonie oder starker Benommenheit wurden im Bade Übergiessungen des Körpers mit um 4° kälterem Wasser mit gutem Erfolge vorgenommen. Von den 30 der Kaltwasserbehandlung unterworfenen Fällen bekamen nur 5 Nephritis, bei 90 nicht hydrotherapeutisch behandelten Fällen trat sie 21 mal auf. Die reine Milchdiät ist nicht im Stande, das Eintreten der Scharlachnephritis zu verhindern. Verf. verabreichte auch schon in den ersten Tagen der Krankheit Suppe und leichte Amylacea, nach Ablauf des Fiebers daneben Eierspeisen und nach der 3. Woche leichte Fleischkost. Bei lange dauernden Nephritiden braucht man nicht vor der Darreichung leichter Fleischspeisen zurückzuschrecken. K. berichtet schliesslich über einige atypische Scharlachfälle (Fälle mit geringer Angina, geringem Exanthem, niedrigem Fieber, einen Fall von chirurgischem Scharlach.) —

Dr. Goldbaum, Wien.

Mittelbare Behandlung des syphilitischen Foetus. Von Fournier. (Semaine medicale vom 30. November 1898.

F. führt die Behandlung des syphilitischen Foetus aus, indem er der Mutter Quecksilber zuführt. Wenn während der ersten Gravidität einer gesunden Mutter schon zeitlich eine spezifische Behandlung eingeleitet wird, wird zur richtigen Zeit ein gesundes Kind geboren. Der Wert der Methode wird augenscheinlicher in Fällen, wo mehrere Abortus vorausgingen oder syphilitische Kinder geboren worden waren. Als Beispiel zitiert F. einen Mann, der im Jahre 1881 Syphilis acquirierte, 5 Monate behandelt wurde und im Jahre 1883 heiratete. Das erste Kind starb nach 9 Tagen an Lebensschwäche, das zweite war syphilitisch und starb nach 5 Wochen. Während der dritten Gravidität unterzog sich die Mutter einer spezifischen Behandlung und gebar am normalen Ende der Schwangerschaft ein gesundes Kind, das mit vier Jahren noch immun war. Fournier kennt eine grosse Anzahl ähnlicher Fälle. Als bestes Mittel sieht er Hydrargyrum jodatum an und empfiehlt kleine Dosen, da er für einen Foetus eine foetale Menge für genügend hält. Dementsprechend giebt er 0.05 oder auch nur 0.025 pro die in Pillen. Die Behandlung soll während der ganzen Gravidität fortgesetzt werden und zwar so, dass 20 Tage lang die Pillen genommen werden, während zehn freie Tage folgen.

Dr. Goldbaum, Wien.

Eigene Erfahrungen auf dem Gebiete der Ernährung von Flaschenkindern. Von Schmid-Monnard. (Therap. Monatsschr. Heft 2 1899.)

Eine verständnisvolle künstliche Ernährung von Säuglingen muss in erster Linie darauf bedacht sein, dem Kinde die genügende Menge Calorien, welche von dem Energie spendenden Fett und Kohlehydrat herstammen = $^9/_{10}$ der 130 Calorien pro Tag und Ko. Körpergewicht,

Digitized by Google

welche im Durchschnitt von Brustkindern getrunken werden, also mindestens 100 Calorien, zuzuführen. Das Volumen soll vom 4.—9. Monat nicht 300 g. überschreiten. Der Grad der Verdünnung richtet sich nach der Bekömmlichkeit: Neugeborene 1 Teil Milch 2 Teile Wasser mit etwas Milchzucker resp. Malzextractzusatz, rasche Steigerung auf $^1/_2$, im 5. Monat auf $^2/_3$ Milch. Für schwache oder verstopfte Kinder Wasserzusatzmischung, Rahmzusatz (Biedert's Rahmgemenge oder selbstgewonnener Rahm; 15—20 ccm zu jeder Flasche $^1/_3$ oder $^1/_2$ Milchmischung mit Zucker), für andere Kinder bei Verstopfung Zusatz von Haferschleim oder Fenchelthee. Auch Backhaus-Milch hilft über manche Schwierigkeiten hinweg. Wo sie bekam, entsprach das Gedeihen dem von Brustkindern. Sie wird aber nicht immer gut vertragen. Einzelne Kinder erbrechen viel und kommen nicht vorwärts, wohl in Folge der schweren Verdaulichkeit der Milch durch das lange Erwärmen beim Sterilisieren. Nach Verf.'s Beobachtung nahm ferner mit der Steigerung des Verbrauchs die Zahl der verdorbenen Flaschen zu. Schliesslich scheint sie bei empfindlichen Kindern Störungen in der Beschaffenheit der Körpersäfte, Rachitis und Barlow'sche Krankheit zu begünstigen. Gärtner'sche Fettmilch entsprach nicht den Erwartungen: Abneigung der Kinder wohl wegen des Fettgehaltes, unternormale Zunahme. Vom 9. Monat, bei manchen blassen Kindern auch schon eher, empfiehlt Verf. Zuspeisen (Suppen, Fruchtsäfte, Gemüse, Fleischsaft, Eigelb), um der sonst häufig in Folge der Armut der Kuhmilch an organisch gebundenem Phosphor und an Eisen eintretenden Blässe und Verstopfung vorzubeugen. v. Boltenstern, Bremen.

Malzsuppe, eine Nahrung für magendarmkranke Säuglinge. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Ernährungsversuche in der Kinderklinik zu Breslau. Von Dr. Arthur Keller. Jena, Gustav Fischer. Preis 3. Mark.

In der Breslauer Kinderklilnik werden seit Jahren Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie des Säuglingsstoffwechsels angestellt, auf Grund deren in der „Malzsuppe", einer Modification der Liebig'schen Suppe eine neue Nahrung für magendarmkranke Säuglinge angegeben wird, die in der Klinik und Poliklinik zur Anwendung gelangte. K. giebt zunächst die aus seinen wissenschaftlichen Untersuchungen hervorgehende theoretische Begründungs einer Ernährungsmethode. Bei allen Formen der Magendarmerkrankungen des Säuglings kommt es zu einer Säureintoxikation, die ihren Ausdruck in einer Vermehrung von Ammoniak im Harn findet. Die Entstehung dieser Säure wird begünstigt durch Zufuhr bestimmter Nahrungsbestandteile, z. B. Fett und gewisser Kohlehydrate. Die Folge ist eine Verarmung des Körpers an fixen Alkalien, da er diese zur Bindung der Säuren hergeben muss. Das Ziel der diätetischen Therapie des magendarmkranken Säuglings muss es daher sein, eine Nahrung zu verabreichen, deren Bestandteile im Organismus möglichst vollständig verbrannt werden, so dass die vermehrte Ausscheidung saurer Stoffwechselprodukte unterbleibt. Weitere Untersuchungen führten zu dem Schlusse, dass die Säuglingsnahrung alkalireich sein muss, wenig Eiweiss, wenig Fett enthalten darf und dass eine Steigerung ihres Nährwerts durch Zusatz von Kohlehydraten in Form von Maltose angestrebt werden muss,

Digitized by Google

Wegen ihres hohen Preises wurde die Maltose bald durch Loeflund's Malzextrakt substituirt. Nach mehrfachen Modifcationen wird die Malzsuppe in der Klinik gegenwärtig folgendermasen hergestellt:

„50 gr. Weizenmehl werden in $^1/_3$Liter Kuhmilch eingequirlt, die Mischung durch ein Sieb durchgeschlagen. In einem besonderen Gefäss werden 100 gr. Malzextrakt in $^2/_3$ Liter Wasser bei 50° C. gelöst, darnach werden 10 ccm einer 11 % Kal. carbon. Lösung zugesetzt, diese Malzextraktlösung mit der Milch-Mehl-Mischung vereinigt und das ganze aufgekocht."

Den Schluss der sehr lesenswerten Arbeit bilden Berichte über Stoffwechseluntersuchungen an solchergestalt ernährten Kindern und über die Ernährungerfolge in der Klinik. Dieselben sind in der That sehr in die Augen fallend und fordern zu fleissiger Nachprüfung auf. Zu befüchten ist nur, dass die complizierte und teure Herstellungsweise des empfohlenen Nährmittels einer Einbürgerung desselben bei den unteren Klassen — und diesen sollte es doch in erster Reihe zu gute kommen — im Wege stehen wird. Dr. Friedmann. Beuthen.

Über Otitis media im frühen Kindesalter (Otitis concomitans). Von G. Heermann. (Bresgen's Sammlung zwangloser Abhandlungen. III. 4.)

Die Abhandlung giebt zunächst einen guten Überblick über die historische Entwickelung der Lehre von der Bedeutung der Otitis media der Säuglinge, welche bekanntlich in den letzten Jahren aktuelles Interesse gewonnen hat. Wir halten diesen orientierenden Rückblick für den wertvolleren Teil der Arbeit und geben ihn daher etwas ausführlicher wieder.

Schon in der ersten Auflage seines Lehrbuches (1862) hatte v. Tröltsch das embryonale Schleimgewebe, welches das Tympanum des Neugeborenen ausfüllt, genau und richtig beschrieben; auch war ihm schon das häufige Vorkommen von schleimigen und eiterigen Mittelohrentzündungen bei Säuglingen bekannt.

Auch Zaufal, Parrot, Moldenhauer beschäftigten sich gelegentlich mit der Otitis media der Säuglinge, ferner Kutscharianz in Moskau, der 300 Kindesleichen untersuchte. Das Interesse für diese Angelegenheit wurde aber im 7ten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts durch die sog. Wreden-Wendt'sche Ohrenprobe in den Hintergrund gedrängt. Die Ärzte, besonders die Gerichtsärzte, beschäftigten sich vielfach mit dieser Probe, und man glaubte, aus dem fehlenden Lumen der Trommelhöhle schliessen zu dürfen, dass das Kind nicht geatmet habe, was sich aber nicht als feststehend erweisen liess. Erst seit etwa 10 Jahren haben sich wieder Kinderärzte, Ohrenärzte und Bakteriologen eingehender mit der Frage beschäftigt, welche Rolle der Mittelohrentzündung in der Säuglingspathologie zufällt.

Während man früher, der Zeitrichtung entsprechend, in der Eiterung eine regressive Metamorphose des fötalen Schleimhautpolsters erblicken wollte, war man nun, Ende der 80er Jahre, wiederum unter dem Einfluss moderner Ideen, geneigt, darin lediglich ein Produkt der Mikrobenthätigkeit zu sehen. Unter der grossen Zahl von Veröffentlichungen über diesen Gegenstand verdient eine Publikation von Kossel

Digitized by Google

aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten hervorgehoben zu werden, weil hier zum ersten Male darauf hingewiesen wird, dass neben der eiterigen Mittelohrentzündung der Säuglinge eine hochgradige allgemeine Atrophie bestand, als deren Hauptursache Störungen in der Funktion der Verdauungsorgane anzusehen waren. Von weiteren Arbeiten ist diejenige von Arthur Hartmann, dem Berliner Otologen, bemerkenswert; er untersuchte und behandelte 47 lebende Säuglinge und kam dabei zu der Überzeugung, dass die schleichend verlaufende, nur mit geringen oder gar keinen Symptomen von Seiten der Ohren einhergehende Otitis media der Säuglinge die Ursache der Pädatrophie bilden kann und häufig bildet. Einige Arbeiten von pathologischen Anatomen haben diese Thatsachen bestätigt.

Die eigenen Beobachtungen des Verf.'s beruhen auf neun Sektionen von Kindern bis zu zwei Jahren, wie sie sich zufällig nach einander im Kieler pathologischen Institut darboten: in vita scheinen die Ohren der Kinder nicht untersucht oder behandelt worden zu sein. Auch sonst bringt Verf. keine klinischen Beobachtungen bei. Die secierten Kindesleichen wiesen die verschiedensten Todesursachen auf, nebenbei fast alle Otitis media purulenta. H. kommt nun zu der Ansicht, dass die Otitis media der Säuglinge gewöhnlich nicht die Ursache, sondern die Folge der sonstigen Krankheitserscheinungen sei, und bezeichnet sie demgemäss als Otitis concomitans. So einleuchtend auch diese Hypothese ist, können wir sie doch noch keineswegs für bewiesen erachten; dazu hätte Verf., besonders der Autorität eines Hartmann und Ponfick gegenüber, eine viel grössere Menge von Beobachtungen und namentlich auch klinische Beobachtuugen beibringen müssen. — Vor Anwendung der Ohrspritze und der Luftdouche bei kleinen Kindern ohne dringende Indikation warnt Verf. mit Recht. —

Knopf, Frankfurt a. M.

Pseudo-Bulbärparalyse im Kindesalter. Von Kàrmán. (Gyermekgyógyászat 1899, Nr. 1.)

Mit Recht behauptet K., dass diese Krankheit sehr oft mit der Bulbärparalyse identifiziert wird; auch Paralysis glosso-pharyngolabialis benannt, zählt sie zu den seltensten Kinderkrankheiten. Aus den wenigen bekannten Autopsien ist ersichtlich, dass Apoplexien nach atheromatösen Entartungen der Gehirngefässe die Quelle dieses Leidens sind. Zuweilen stellen sich die ersten Symptome in der Reconvalescenz nach schweren Krankheiten ein; auch werden Syphilis und Sklerose als actiologische Momente dieser Krankheit angeführt. Das klinische Bild der Pseudo-Bulbärparalyse ist ein genau gekennzeichnetes; die Krankheitserscheinungen setzen nach Apoplexie plötzlich und stürmisch ein, die Lippen, die Zunge werden gelähmt und der Facialis paretisch, ja manchmal zeigt sich eine Hemiplegie. Die Reflexe sind erhalten, die paretischen Muskeln nicht atrophisch, es fehlt auch die Degenerationsreaction, und der Vagus wird nie in Mitleidenschaft gezogen. Eine Besserung, ja eine vollkommene Heilung der Pseudo-Bulbärparalyse ist nichts Ungewöhnliches, was von der Bulbärparalyse nicht behauptet werden kann. K. kennt zwei Fälle dieses Leidens, beide stammen aus dem Materiale des Stefanie-Kinderspitals, der von ihm mitgeteilte bezieht sich auf ein vierjähriges Mädchen, welches wegen konstanten Speichelflusses auf die

Digitized by Google

Abteilung aufgenommen wurde. Bis zu seinem 5ten Lebensmonate gesund, erkrankte es plötzlich mit Fieber, bekam eklamptische Krämpfe und konnte nicht gestillt werden. Als die Krämpfe nachliessen, bemerkte die Mutter, dass das Kind nur mit Anstrengung die Brust nimmt, schwer schluckt und dass die Milch aus dem Munde herausfliesst. Der Gesichtsausdruck ist bei erhaltener Intelligenz ein stupider; die Nasenlippenfurche beiderseits verstrichen, rechts mehr als links, die untere Lippe steht nach vorn und etwas unten, so dass die Mundspalte stets geöffnet ist; die Zunge ist normal gross, doch sind ihre Bewegungen nach jeder Richtung beschränkt und kann nicht herausgestreckt werden. Der Sulcus mentalis ist ein wenig verstrichen; die Reflexe in den Gesichtsmuskeln sind erhalten, die Kraft der Kaumuskeln etwas herabgesetzt, gleichwie die Empfindlichkeit der Mund- und Nasenschleimhaut. Der Geschmackssinn ist beinahe ganz aufgehoben; die elektrischen Verhältnisse überall normal. Der Speichel fliesst fortwährend aus dem Munde und ist das Essen sehr charakteristisch. Das Kind giebt ganz kleine Stückchen in den Mund und stösst dieselben mit dem Finger tief in die Mundhöhle bis zum Palatum veli und nach mehrfachen anstrengenden Schluckbewegungen bringt es endlich diese hinunter. Noch qualvoller gestaltet sich das Trinken; ein Teil der Flüssigkeit fliesst aus dem Munde heraus, der andere regurgitirt aus den Nasenöffnungen. Die Sprache ist unverständlich, alle Buchstaben fallen aus, zu deren Bildung die Zungen- und Lippenstellung nötig ist. Das Kind verlässt nach zweiwöchentlichem Spitalsaufenthalt ungebessert die Abteilung. Nachdem das Kind bis zum 5. Monat ganz gesund war, schliesst K. angeborene Gehirnkrankheit aus, ebenso Apoplexie, für deren Entstehung alle Anhaltspunkte wie Trauma, Pertussis, Embolie etc. fehlen und nimmt als Ursache der Erkrankung einen encephalitischen Process an.

L. Bruck, Budapest.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän bei einem Kinde. Von Berend. (Gyermekgyógyaszat N. 1 1898.)

Die von Reynaud (1862) beschriebene symmetrische Gangrän ist eine der seltensten Nervenkrankheiten und muss oft als eine Teilerscheinung von Syringomyelie und Tabes angesehen werden. Ihre Entstehung wird mit den verschiedensten Ursachen in Verbindung gebracht, so mit Anaemie oder auch Nervosität. Als Wesen der Krankheit nimmt man mit Senator einen Gefässkrampf mit consecutiver localer Asphyxie an; die Krankheit ist bei Frauen öfters als bei Männern nachweisbar, bei Kindern selten. Unter den 93 Fällen von Morgan beziehen sich 24 auf Kinder unter 10 Jahren. B.'s Fall betrifft einen sechsjährigen Knaben, der als dreijähriges Kind erkrankte. Beide Ohrenränder verfärbten sich rötlich-blau, schmerzten und exulcerirten nach zwei Wochen. Die Ohren nahmen später eine normale Färbung an, doch heilten die Wunden an denselben nie ganz aus. Nach einem Jahre zeigten sich ähnliche Veränderungen an beiden Füssen, später an beiden Händen. Im Winter war der Knabe immer schlechter als in den übrigen Jahreszeiten. Bei der Spitalsuntersuchung ist im anfallsfreien Stadium an dem gutentwickelten, intelligenten Kinde nichts Anormales zu konstatieren. An den Ohrenmuschelrändern sind bohnengrosse Continuitätstrennungen sichtbar, an deren

Digitized by Google

Peripherie die Hautoberfläche bläulich gefärbt erscheint. An den Händen und an den Füssen sind grössere und kleinere, glatte, weisslich glänzende Narben wahrnehmbar. Einen Tag nach der Spitalsaufnahme wird die Haut an beiden Füssen bis zu den Knöcheln dunkelblau, ist kalt anzufühlen, und empfindet Patient an diesen Stellen spontan als auch auf Berührung sehr heftige Schmerzen. Die Verfärbung ist an beiden Füssen in gleicher Höhe und geht beiderseits markant abgegrenzt in das gesunde Gewebe über. An den grossen Zehen ist die Verfärbung am stärksten und auch der Schmerz am grössten. Während des Anfalles ist der Sehnenreflex ein erhöhter, gleich wie die Sensibilität der Haut eine stärkere ist. Der Anfall spielte sich in 24 Stunden ab, die Haut ist nur an einzelnen Stellen noch bläulich, wo sich sodann Ulcera entwickelten, die innerhalb $2^1/_2$ Wochen ausheilten. Während seines Aufenthaltes auf der Abtheilung erlitt das Kind achtmal Anfälle; fünfmal an den Ohren, dreimal an den Füssen; die ersteren hielten nicht immer die Symmetrie ein, so zeigte sich das bekannte Bild der Krankheit an der einen Ohrmuschel um 24 Stunden früher als an der anderen; die Dauer der Anfälle variirte von $^1/_2$ bis 24 Stunden. Künstlich konnten sie nicht hervorgerufen werden, weder durch Kälte, Wärme oder Druck auf Gefäss- und Nervenstämme.

L. Bruck. Budapest.

Pemphigus neonatorum. Von F. Luithlen. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 4 1899.)

Der Pemphigus neonatorum ist nach den klinischen Erfahrungen contagiös, der Blaseninhalt überimpfbar, ferner findet sich stets in demselben Staphylococcus aureus, der bei Einimpfung in die menschliche Haut der Erkrankung der Neugeborenen analoge Blasen hervorruft; auch bei der histologischen Untersuchung der nicht geplatzten Blase findet man im Inhalte derselben nur Staphylococcen. Die Krankheit ist im Gegensatze zum Pemphigus der Erwachsenen relativ gutartig. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Pemphigus syphiliticus, bullöses Ekzem, Herpes tonsurans, Dermatitis exfoliativa, die septischen Exantheme bei Neugeborenen, besonders die als Pemphigus gangraenosus und Pemphigus periumbilicalis bezeichneten Formen. Auch Verwechslung mit Verbrühungen ist möglich. Therapeutisch kommt neben der Vermeidung von Bädern die Applikation von Salbenverbänden, am besten Ichthyol, an den befallenen Stellen nach Abtragung der Blasendecke in Betracht, der übrige Körper wird mit einem leicht desinfizierbaren Streupulver bepudert.

Dr. Goldbaum (Wien).

Zur Behandlung des Ekzems. Von Hirschkron. (Deutsch. med. Wochenschr. 1898 Nr. 48.)

Ausser einer mässigen Anwendung von Feuchtigkeit zu Reinlichkeitszwecken hat H. in letzter Zeit beim Ekzem das Naftalan angewandt und damit folgende Erfahrungen gemacht: Bei sehr akutem Ekzem, mit reichlicher Secretion, wirkt das Mittel geradezu coupierend. Innerhalb 48 Stunden ist die Secretion auf ein Minimum reduciert, Schwellung und Juckreiz nehmen ab, nach längstens 3 Wochen hat die Haut ihre normale Beschaffenheit. Langsamer zeigen sich die Resultate bei subakuten und chronischen Fällen. Immer ist es zweckmässig, vor-

Digitized by Google

erst die ekzematösen Stellen entweder trocken oder mit Öl oder Salicylspiritus zu reinigen, um die reizbringenden Anhaftungen zu entfernen und dann erst messerrückendick das Naftalan aufzutragen und zweimal des Tages zu wechseln. Dasselbe wirkt zweifellos schmerzstillend, antiphlogistisch und fäulniswidrig. Auch bei Psoriasis vulgaris wirkt es gut.

Ferner wirkt das Naftalan bei Kopfekzem der Kinder, bei deren Exacerbationen bekanntlich etwa vorhandene Augenerkrankungen sich verschlimmern, recht vorteilhaft. Infolge seiner antibakteriellen und für die Haut reizlosen Eigenschaften wirkt es bei allen pustopurulenten Hautkrankheiten günstig und kürzt den Krankheitsprozess wesentlich ab. Weniger günstig wirkt das Mittel bei Hautkrankheiten, bei denen bereits starke Zellinfiltrate vorhanden sind. Bei Ekzemen in der Aftergegend und am Scrotum liessen die Erfolge längere Zeit auf sich warten, doch waren die Resultate stets besser als bei den sonst üblichen Behandlungsmethoden. Schnell, Egeln.

Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbette. Von Oscar Vulpius. (Therapeutische Monatshefte 1899 Nr. 2.)

Die moderne Therapie der Spondylitis wird wesentlich durch zwei hervorragende therapeutische Vorschläge beherrscht, durch die Sayre'sche Corsetbehandlung und das Calot'sche Verfahren. In dem Intervall zwischen Sayre und Calot, im Jahre 1889, veröffentlichte Lorenz sein Verfahren der Behandlung der Spondylitis im Gipsbett. Er empfahl das Gipsbett während des akuten Stadiums, beschrieb die Technik und berichtete über gute Erfahrungen mit dieser Behandlung. Im Allgemeinen hat der Vorschlag von Lorenz wenig Verbreitung gefunden. Der einzige Autor, der eingehender über eigene Erfahrungen mit dem Gipsbett in der Spondylitistherapie berichtet, ist Beuthner, der über das Schicksal von 66 Spondylitisfällen aus der von Bergmann'schen Klinik Erkundigungen eingezogen hat. Vierzehn dieser Patienten waren mit dem Gipsbett behandelt worden. Elf derselben zeigten Besserung oder Heilung, während bei anders behandelten Fällen die Ergebnisse sich sehr viel trüber darstellten. Beuthner spricht sich auf Grund seiner Erfahrungen entschieden zu Gunsten des Gipsbettes aus. Verf. hat nun an 96 Patienten, die er wegen Spondylitis mit dem Gipsbett behandelt hat, Fragebogen verschickt, welche über den Einfluss des Gipsbettes auf den Verlauf der Krankheit, über das Schicksal der Patienten Nachricht zurückbringen sollten. Im Ganzen waren nur 12 Fälle nicht mehr aufzufinden, sodass sich die Angaben von 84 Patienten verwerten liessen. Die auf diese Weise gewonnenen Erfahrungen zeigen, dass wir im Gipsbett ein Mittel besitzen, zunächst symptomatisch, namentlich schmerzstillend auf den Verlauf der Spondylitis einzuwirken. Dass wir durch die günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes, welche das Gipsbett gestattet, in ihm einen wichtigen Heilfaktor erblicken müssen, ist sicher. Die Behandlung ist möglichst lange auszudehnen, der Zeitpunkt für ihre Beendigung ist erst gegeben, wenn jeglicher spontane oder Druckschmerz geschwunden ist, wenn das Allgemeinbefinden sich sehr gehoben hat nnd Abscesse und Lähmungen sich zurückgebildet haben.

Dr. F. Schmey, Beuthen O./S.

Digitized by Google

Cosaprin als neues Antipyreticum und Antirheumaticum in der Kinderpraxis. Von Schudmak. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 2 1898.)

In neuester Zeit wendet Sch. das Cosaprin bei fieberhaften Krankheiten und bei Rheumatismus an. Das Cosaprin, ein Sulfoderivat des Antifebrins, ist ein grauweises, amorphes Pulver, von etwas salzigem Geschmack, geruchlos und in Wasser leicht löslich. Die Lösung reagiert schwach sauer. Das Mittel wurde in ca. 60 Fällen angewendet, ohne irgend welche schädliche Nebenwirkungen zu bemerken. Als Rezeptformel für Kinder gilt:

Rp. Cosaprin. 2,0—3,0
Aq. dest. 100,0
Syr. simpl. 10,0
MDS. Stündlich ein Kinderlöffel.

oder:

Rp. Cosaprin. 0,25—0,50
Dt. dos. No. X.
S. 3 Pulver täglich.

Die Vorteile, die Sch. mit diesem Mittel erzielte, sind bedeutend und zwar: Als leichtlösliches Pulver kann es hauptsächlich in der Kinderpraxis in Anwendung gebracht werden, umsomehr als es geruchlos und von sehr mildem salzigem Geschmacke ist. Auch als gutes subcutanes Injektionsmittel ist es wegen seiner geringen Reaktion in solchen Fällen zu empfehlen, wo rasche Wirkung sehr wünschenswert erscheint. Von andern Vorteilen, durch welche das Cosaprin im Stande ist, andere Antipyretica und Antirheumatica zu verdrängen und sich einen gebührenden Platz im therapeutischen Schatze su sichern, sei der Mangel an Nebenerscheinungen hervorzuheben. Weder die Respiration, noch der Herzschlag erleiden irgend welche Veränderungen; das Sensorium bleibt frei, es kommt weder zu Ohrensausen, noch zu Augenflimmern, es bilden sich keine Exantheme, wie bei andern Mitteln. Zuletzt muss noch die prompte und rasche Wirkung erwähnt werden, da dasselbe schon nach zwei Stunden seine volle Wirkung entfaltet. Diese dauert freilich nicht allzulange, denn schon nach zwei bis drei Stunden kehrt die anormale Temperatur zurück, was jedoch von keiner Bedeutung ist, da das Mittel nach dieser Zeit wiederholt werden kann. Die schmerzlindernde Wirkung scheint etwas länger anzuhalten und tritt um dieselbe Zeit ein wie der Temperaturabfall. Dr. Goldbaum, Wien.

Über Tannoform und dessen Anwendung. Von Kapper. (Ärztl. Centralanz. 1898 Nr. 6.)

Für die Kinderpraxis ist der Besitz adstringierender und antiseptischer Mittel von grosser Bedeutung wegen der Häufigkeit der Darmkatarrhe im Kindesalter. Gerade die letzte Zeit hat uns mehrere solche Arzneimittel gebracht, das Tannigen und das Tannalbin. Ihnen reiht sich als drittes an das Tannoform. Das Tannoform ist ein Condensationsprodukt der Gallus-Gerbsäure und des Formaldehyds; seiner Struktur nach ist es ein Methylenditannin. Es ist ein graurosa gefärbtes, geruch- und geschmackloses, in Wasser und in gewöhnlichen organischen

Digitized by Google

Lösungsmitteln mit Ausnahme von Alkohol unlösliches Pulver, welches von verdünnten wässerigen Alkalilösungen mit gelber bis brauner Farbe aufgenommen und durch Säurezusatz wieder ausgefällt wird. Seine Eigenschaften bedingen daher, dass es die Schleimhaut in keiner Weise reizt, den Darmkanal unzersetzt passiert und so seine austrocknende und sekretionshemmende Wirkung entfalten kann. Theoretisch schon war darnach eine erfolgreiche Anwendung des Tannoforms beim Darmkatarrh zu erwarten. Thatsächlich haben auch die an Darmkatarrh leidenden, vom Verf. mit Tannoform behandelten Patienten, darunter auch Kinder, sehr rasche und bedeutende Besserung erkennen lassen.

Dr. F. Schmey, Beuthen, O.-S.

Über die Beziehungen zwischen Arzneien und Magen. Von Moritz. (Münch. med. Wochenschr. No. 48 1898.)

Aus früheren Beobachtungen konstruierte M. mit grosser Wahrscheinlichkeit folgende Stufenleiter für die Raschheit der Entfernung von Arzneimitteln aus dem Magen und damit auch für die Raschheit ihrer Resorption: Am raschesten werden sie den Magen verlassen, wenn sie nüchtern mit blossem Wasser, etwas weniger rasch, wenn sie mit Suppe, Milch, Wein etc. gegeben werden, noch langsamer, wenn ihre Aufnahme mit Flüssigkeit nach dem Essen und am langsamsten, wenn sie ohne Flüssigkeit nach dem Essen stattfindet. Diese Schlussfolgerungen werden durch mehrere Versuchsreihen erwiesen.

Will man also eine möglichst rasche Resorption und damit eine energische Wirkung eines Medikaments erhalten, so gebe man dasselbe nüchtern mit $^1/_2$ oder 1 Glas Wasser. Ein Narcotikum, ein Schlafmittel, ein Fieber- oder antineuralgisches Mittel wirkt, in dieser Weise gegeben, viel prompter und sicherer, als wenn man es nach dem Essen verabreicht.

Auch eine weitere Frage wird damit beantwortet: Je rascher wir die Passage der Arznei durch den Magen gestatten und je mehr wir ausserdem die Arznei verdünnen, eine um so geringere Quote desselben wird im Magen durch Resorption verschwinden.

Was das Problem der Schonung des Magens gegen die Arzneireizung betrifft, so hat man zu diesem Behufe Arzneien in Pillenform mit Überzügen zu versehen gesucht, die im Magen unlöslich wären und erst im Darm wieder durch die energische Pankreaswirkung gelöst würden. Die von Unna empfohlenen „keratinierten" Pillen haben den anfänglichen Erwartungen nicht entsprochen. Besser scheinen sich die Sahli'schen Glutoidkapseln zu bewähren. Diese Präparate werden aber, auch wenn sie den berechtigten Erwartungen entsprechen sollten, doch nicht auf alle Arzneistoffe angewendet werden können, zumal sie bisher nur geschlossen, mit fertiger Dosierung, in den Handel gebracht werden können und also der freien Ordination Beschränkungen auferlegen.

Soll nun ein Arzneimittel möglichst wenig den Magen reizen, dann muss es denselben rasch verlassen und möglichst verdünnt sein. Dies trifft dann zu, wenn man es nüchtern mit Wasser giebt. Soll aber das Arzneimittel nicht zu rasch dem Darm überantwortet werden, oder will man aus bestimmten Gründen die Flüssigkeitsaufnahme vermeiden, so

Digitized by Google

ist es wenigstens nach dem Essen zu nehmen, damit es sich mit dem Speisebrei mischt.

Für die Richtigkeit der Anschauung Schmiedeberg's, dass die sog. Mucilaginosa auf die Schleimhäute schonend, schützend, scharfe Stoffe gewissermassen einhüllend wirken, haben neuerdings angestellte Experimente Brandt's Anhaltpunkte ergeben. Da man mit den Pflanzenschleimen, vor allem mit den aus Getreidemehlen hergestellten, gleichzeitig Nährstoffe dem Organismus einverleibt, so ist ihr Gebrauch in dem angegebenen Sinne zu empfehlen. Es bleiben zwar Arzneistoffe in Schleimsuppen etwas länger im Magen, aber dieser Umstand wird durch die schützende Wirkung des Schleimes ausgeglichen, und man hat nebenbei noch den Vorteil, dass auch der Darm dieser Schutzwirkung teilhaftig wird.

Wo die Magenentleerung in Folge von Atonie des Magens oder einer Stenose des Pylorus eine tiefgreifende Störung erfahren hat, verlieren die angeführten Sätze ihre Giltigkeit. In solchen Fällen, wo die medikamentöse Therapie vom Magen aus, soweit eine Resorption oder eine Wirkung auf den Darm beabsichtigt wird, nur mangelhafte Resultate ergiebt, sollte man möglichst zur subcutanen oder rectalen Einführung des Arzneimittels greifen. Will man doch die Resorption der Magenschleimhaut in Anspruch nehmen, dann gebe man die Arzneien mit Alkohol oder Gewürzen, welche resorptionsbefördernd wirken.

Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

Zwei neue wertvolle Nährpräparate sind das Tropon und das Karno. — Das Tropon wurde zuerst von Prof. Finkler hergestellt und ist ein aus animalischen und vegetabilischen Proteïnstoffen gewonnene Eiweisssubstanz, deren animalischer Eiweissanteil mindestens 23% beträgt. Es bildet ein hellbraunes, rein voluminöses Pulver, von sandiger Beschaffenheit, ist in Wasser unlöslich, nicht hygroskopisch und haltbar. Sein Eiweissgehalt beträgt 90% und ist dieses Eiweiss durch Salzsäure und Pepsin vollkommen ohne Rest peptonisierbar. Das Tropon ist zur Ernährung von Kranken und Rekonvaleszenten bestimmt und soll sich, wie ausser aus den Finkler'schen Angaben aus Untersuchungen von Plaut, Schmilinsky und Kleine, Strauss, J. Frentzel u. A. hervorgeht, für diesen Zweck ausserordentlich gut eignen, da seine Ausnützung und Bekömmlichkeit eine vorzügliche genannt werden muss. Die Verabreichung des Tropons hat bei Erkrankungen des Magens und Darms, Fettsucht, Diabetes, Anämie, körperlicher Schwäche und pathogenen Eiweissausscheidungen günstige Resultate ergeben. Seine Verwendung ist auch angezeigt, wenn es sich darum handelt, bei Rekonvaleszenten Fleischansatz zu erzielen, da sich selbst bei einer durchschnittlichen Aufnahme von 50 g. tgl. bei Erwachsenen niemals das geringste Unbehagen, besonders keine Diarrhoe einstellte. Das Tropon kann in allen festen und flüssigen Nahrungsmitteln, wie Wein, Bier, Suppen, Gemüsen, Saucen, Cacao, Ei genommen werden, und zwar rechnet man als gewöhnliche Gabe 5,0, (bei Kindern) 20,0 (d. h, ein Thee- bis Esslöffel voll). Nach Merks Jahresbericht f. 1898.)

Ein neues Fleischpräparat, welches die erregenden Eigenschaften des Fleischextraktes mit einem guten Nährwert verbindet, ist das Karno.

Digitized by Google

Es hat den hohen Eiweissgehalt von 8% und, wie die Untersuchung ergab, auch reichliche Albumose. Es wirkt demnach gleichzeitig erregend und ernährend. Es hat eine syrupdicke Consistenz von dunkelbraunroter Farbe. Mit kaltem Wasser lässt es sich zu einer lebhaft roten, opalisierenden Flüssigkeit verdünnen. Der Geschmack ist angenehm, bouillonartig und lässt einen erheblichen Gehalt von Salzen erkennen.

Karno ist bis jetzt noch wenig am Krankenbett erprobt; die Analysen aber lassen erkennen, dass es sich bei ihm um ein Nähr- und Anregungsmittel von hervorragendem Werte handelt.

Rezensionen.

Handbuch der Schulhygiene. Von A. Baginsky, mit Unterstützungvon O. Janke. 3. Auflage. 1. Band. Stuttgart, Ferd. Enke, 1898. Preis 16 Mark.

Dieser erste Band behandelt das Schulgebäude und seine Einrichtung, es wird begonnen mit der allgemeinen Anlage der Schulbauten und der Bauart des Schulgebäudes, dann folgt das Schulzimmer mit allen seinen Utensilien und in allen seinen Beziehungen zu dem sich darin Aufhaltenden. Näher auf den Inhalt eines so ausführlichen Buches einzugehen, ist nicht gut möglich.

Bei einzelnen Dingen hätte man vielleicht etwas genauere Ausführungen wünschen mögen, so z. B. bezüglich der Wandtafel, hier wäre ein Eingehen auf die Reflexionsverhältnisse von schwarz, weiss und grau am Platze gewesen, um überzeugender zu sein.

Sonst kann es ja gerade bei diesem Stoffe nicht ausbleiben, dass Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Autor des Buches und dem Leser verhanden sind, gewiss werden viele einzelne Anschauungen des Verfassers nicht teilen. Es hiesse endlich kleinlich sein, wenn man sagen wollte, die Litteratur sei nicht vollständig berücksichtigt, das ist bei dem grossen aktuellen Thema gar nicht mehr gut möglich, sicher ist sie ziemlich vollständig angeführt.

Jedenfalls haben wir in diesem Buche ein den Gegenstand vollständig behandelndes Werk, welches allen Ärzten, allen zu der Schule in Beziehungen stehenden Technikern und Nichttechnikern, allen der Schulhygiene Interesse Entgegentragenden geradezu unentbehrlich ist alle werden das Buch mit Befriedigung aus der Hand legen und es immer wieder mit Vergnügen zum Nachschlagen in die Hand nehmen.

Berger, Neustadt.

Schmerzlose Operationen. Von D. C. L. Schleich. Vierte verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin, Julius Springer, 1899. Preis 6 Mark.

Dass zwischen den einzelnen Neuauflagen kein Jahr vergeht, ist für Schleichs Buch Regel geworden und wird es auch noch eine Zeit lang bleiben. Denn immer mehr wird sich namentlich für den praktischen Arzt das Bedürfnis geltend machen, Schleichs Anleitungen für die Ausübung der Infiltrationsanästhesie zu besitzen. Auf den Inhalt des wertvollen Werkes wurde schon bei Besprechung der vorigen Auflage genügend hingewiesen, er ist auch in der neuen Auflage, abgesehen von verbessernden und ergänzenden Zusätzen, so ziemlich derselbe geblieben. In Bezug auf die Siedegemisch-Narkose erfahren wir, dass sich dieselbe

Digitized by Google

in Amerika steigernder Beliebtheit erfreut; von Klinikern die neuerdings für die Infiltrationsanästhesie günstiges Zeugnis ablegten, werden neben den früher schon erwähnten von Hacker und Bier genannt. Dass die Methode vornehmlich durch das Eintreten einer grossen Zahl von praktischen Aerzten wirklich populär geworden, wird von Schleich in der Vorrede freudig anerkannt. Die alten Freunde werden dem Buche bleiben, möge es sich in der 4. Auflage möglichst viele neue erwerben, diesen selbst zur Freude, den Kranken zum Segen, dem Erfinder zum Dank.

K. Briegleb (Worms).

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

Bemerkungen zur Behandlung des Tetanus mittelst Injektion von Hirnemulsion. Von Schramm.

Auf Grundlage der Experimente von Wassermann und Takaki, welche bewiesen, dass das Hirn von warmblütigen Tieren auf das Tetanusgift antitoxisch wirke, und auf Grund des günstigen Verlaufes in dem von Krokiewiecz publizierten Falle versuchte Verf. die Hirnemulsion bei einem Falle von Tetanus bei einem 9jährigen Mädchen und erzielte nach sieben Tagen vollständige Heilung. Er verwendete 10 g. einer antiseptisch zubereiteten und filtrierten Emulsion eines Kaninchenhirnes. Schon nach der ersten Injektion war Besserung eingetreten, da sich jedoch der Zustand wieder verschlimmerte, wurde die Dosis wiederholt, worauf vollständige Heilung eintrat. — (Przegl. lek. 99.)

Dr. Goldbaum, Wien.

Ein Fall von primärer isolierter Nasendiphtherie. Von C. Kassel.

Eine 12jährige Patientin litt seit mehr als 4 Wochen an Schnupfen und seit 14 Tagen an Verstopfung der linken Nasenhöhle mit quälenden Schmerzen in der Nase. Naseneingang und Oberlippe gerötet und excoriirt, Nasenschleimhaut links in ihrer Totalität geschwollen, gerötet, mit grauen Membranen belegt, Berührung sehr schmerzhaft und Blutungen veranlassend, Geruch und Gehör normal, keine Temperatursteigerung, Die bakteriologische Untersuchung des Sekretes zeigt typische, echte Löffler'sche Diphtherie-Bazillen. Heilseruminjektionen erzielten unter Weglassung jeglicher Lokalbehandlung Nachlassen und Schwinden der klinischen Erscheinungen. Nach zweiwöchentlicher Nachbehandlung der Nasenschleimhaut mit Kalkwassersyrup und Nosophen verschwanden auch die Diphtheriebazillen im Sekret. (Tnerap. Monatsschr. 98.)

v. Boltenstern, Bremen.

Über einen Fall von kindlichem Skorbut infolge der Ernährung mit Milch, die mit dem Apparat von Soxhlet sterilisiert war, berichtet Netter in der Société médicale des hôpitaux in der Sitzung vom 4. November 1898:

Er hat ein einjähriges Kind beobachtet, dass seit seiner Geburt ausschliesslich mit Milch ernährt war, die zu Hause im Soxhletschen Apparat steriliert worden war. Dieses Kind hatte nie Ernährungsstörungen gehabt, zeigte aber die klassischen Symptome des Skorbuts. Diese Symptome schwanden sehr schnell, als man neben der typischen Behandlung des Skorbuts die sterilisierte Milch durch gekochte ersetzte. Von allen Fällen von kindlichem Skorbut, die N. hat ermitteln können, betrafen neun Zehntel Kinder, welche mit Milch-Surrogaten (con-

Digitized by Google

densierte Milch, Kindermehl) ernährt waren. Das letzte Zehntel umfasste Kinder, welche sterilisierte Milch als Nahrung erhalten hatten. (Semaine médicale 98.) Dr. Schmey, Beuthen O/S.

Zur Therapie der Chorea infantum. Von N. Filatow.

Als obersten Grundsatz der Behandlung stellt Verf. hin „absolute geistige Ruhe." Patient soll nicht mit Lernen angestrengt werden, muss die Schule verlassen, selbst auf die Gefahr hin, ein Jahr zu versäumen. Daneben kräftige Kost und keine Störung des Schlafes. Medikamentös ist das wirksamste Mittel Acid. arsenicos. Zuerst werden 10 gr. einer 1‰ Lösung mit 6 Esslöffel Wasser verdünnt und 2stündlich 1 Esslöffel gegeben, wobei immer Milch mitgetrunken wird. Am 2. Tage werden 15 gr. jener Lösung mit 6 Esslöffeln Wasser verdünnt, am 3. Tage 20 gr. u. s. w. bis zu 40 gr. am 7. Tage. Vom 8. Tage an wird in gleicher Progression heruntergegangen, sodass die Behandlung 14 Tage dauert, in welcher Zeit etwa 0,35 Acid. arsenicos. verbraucht werden. Letzteres ist besser als Sol. Fowleri, von deren Bestandteilen das Kal. arsenicos. viel schlechter vertragen wird. Treten auch bei Acid. arsenicos. Uebelkeiten oder Durchfall ein, so setzt man 1—2 Tage aus, um dann mit etwas geringerer Dosierung weiter fortzufahren. Die Behandlung unterstützen daneben warme Bäder, Eisen und bei Schlaflosigkeit Chloral. Oft tritt dabei erhebliche Gewichtszunahme ein. (Allg. med. Ctrlztg. 98.)

Klautsch, Halle a. S.

Diphtherie und Scharlach. Von Marcus.

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem er ausser dem Frühauftreten der Scharlachdiphtherie vor dem Ausbruch des Exanthems das Krankheitsbild deshalb für besonders erwähnenswert hält, weil kein Serum angewandt wurde und weil man im anderen Falle leicht hätte geneigt sein können, das Exanthem als Nebenwirkung des Serum aufzufassen. Bestätigt wurde im übrigen die Diagnose des Scharlachs durch den weiteren Verlauf und besonders durch die reichliche Abschuppung. (Therap. Monatsh. 98.)

v. Boltenstern, Bremen.

Bleibende Mitralinsufficienz nach Diphtheritis. Von Steffen.

Bleibende Herzfehler nach Diphtherie sind äusserst selten, um so interessanter ist der vom Verfasser mitgeteilte Fall, welcher einen 3jährigen Knaben betraf. Verfasser glaubt, dass die Herzfehler dadurch zustande kommen, dass eine randständige Endrearditis auf die Klappen übergeht, und so Schrumpfungsvorgänge angeregt werden, die zu einem ächten Klappenfehler werden. Dass dies nicht öfters geschieht, liegt in dem eigentümlichen Verhalten des jugendlichen Herzens begründet; es werden eben hier schwerere Schädigungen leichter ertragen und ausgeglichen als bei Erwachsenen. (Jahrb. f. Kdrhlkde. 98.)

Klautsch, Halle a. S.

Über den Zeitpunkt der operativen Behandlung der adenoiden Vegetationen. Von Hagedorn.

H. steht auf dem Standpunkt, dass man die Vergrösserung der Rachenmandel nicht zur Verhütuug von Schädlichkeiten beseitigen soll, sondern erst dann, wenn gewisse Erscheinungen aufgetreten sind, welche notwendiger Weise beseitigt werden müssen.

Digitized by Google

Als Indikationen für die Operation der adenoiden Vegetationen giebt er folgende an:

Es ist der Zeitpunkt für die Entfernung gekommen, wenn

1. die Nasenatmung nicht vollkommen vorhanden ist,
2. häufige Halsentzündungen vorgekommen sind,
3. Störungen des Gehörs eingetreten sind,
4. nervöse Erscheinungen, wie Krampthusten, Enuresis nocturna, Kopfschmerz, Aprosexie sich einstellen.

Das Lebensalter der Patienten ist in Bezug auf den Zeitpunkt der Operation gleichgiltig: man kann Säuglinge ebenso gut operieren als ältere Kinder.

Als Gegenanzeigen gelten meist nur akute fieberhafte Erkrankungen. (Ztschr. f. prakt. Ärzte 99.) Schnell, Egeln.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.

Pyoctanin coerul. 0,01—0,03
Nuc. mosch. q. s.
Mf pulv. Dent. tal. dos.
ad. caps. amylac.
DS. tgl. 4—6 P.
Malar. quotidian.

(Thomsen.)

Rp.

Naphthol. 3,0
Chloroform. 0,6
Ol. Ricin. 90,0
Ol. menth. pip. 0,3
MDS. theelöffelw. in Portwein od. heissem süssem Kaffee.
Intestinale Antisepsis.

(Massinowitsch.)

Rp.

Ichthyol. 2,5
Spirit.
Aether aa. 25,0
MDS. äusserlich
Hautjucken bei Icterus.

(Boulland.)

Rp.

Tannopin 0,3—0,5
Calomelan. 0,005
Uf pulv. D. dos X.
DS. 3—4 mal tgl. 1. P.
Cholera nostras, Enteritis

(Merck's Jahresber. f 1898.)

Rp.

Uropherin. salicyl. 5,0
Aq. fontan. 120,0
Vanillin. 0,001
Mucilag. gum. arabic.
Syr. simpl. ad 15,0
MDS. 3—4 mal tgl. 1 Kinderl.
Diureticum. (A. Schmid.)

Rp.

Acryent. colloidal 3,0
Aq. destillata 1,0
Cer. alb. 2,0
Adip. benzonat 14,0
Mf unguent. D. tgl. 1,0 25 bis 30 Min. lang auf dem Rücken oder Oberschenkel einzureiben.
Meningit. cerebrospin., Phlegmone, Ostcompelitis, Septicaemie, Furunculosis.

(Credé.)

Kleine Mitteilungen.

Das deutsche Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke versendet die Einladung zu dem vom 26.—27. Mai tagenden Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose als Volkskrankheit Es bilden sich 5 Sektionen des Kongresses, nämlich 1) Ausbreitung; 2) Aetiologie; 3) Prophylaxe; 4) Therapie; 5) Heilstättenwesen. — Nähere Auskunft erteilt das Generalsekretariat, Berlin W., Wilhelmplatz 2.

Verlag des „Reichs-Medicinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Scholtze & Klemm, Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3886) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Juni 1899.** **Heft 6.**

Inhalt: Originalien: **Schmey,** Originalbericht über den 17. Congress für innere Medicin, 121. — Bericht über den 28. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 132. — Referate: **Hoffa,** Tuberkulöse Lokalerkrankungeu, 138. — **Coutts,** Bronchopneumonie, 138. — **Lamarque,** Pleuritis, 139. — **Grósz,** Hydrocephalus, 139. — Gesundheitspflege: **Schmidt,** Passive und aktive Bewegung des Kindes im ersten Lebensjahre, 141. — Rezensionen: **Stoos,** 31. medizinischer Bericht über das Jenner'sche Kinderspital in Bern, 141. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 143. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 144.

XVII. Congress für innere Medicin zu Karlsbad (11.—14. April 1899).

Originalbericht von Dr. F. Schmey. Beuthen, O.-S.

Der siebzehnte Kongress für innere Medizin wurde durch eine geistvolle und formvollendete Rede des Vorsitzenden, Prof. Quincke (Kiel) eröffnet. Als für die Kinderheilkunde von Interesse hebe ich aus dieser Rede die eine Bemerkung hervor, dass es endlich gelungen sei, aus all den theoretischen Bestrebungen der Bakteriologie in Gestalt der Heilserumtherapie das Gold therapeutischer Erfolge zu münzen. Auch der Vorsitzende des vorjährigen Kongresses, Prof. Moritz Schmidt, Frankfurt a. Main, hat in seiner Eröffnungsrede Gelegenheit genommen, sich als unbedingten Anhänger der Serum-Therapie bei Diphterie zu bekennen. Es scheint also, dass die innere Medicin den Heilwerth des Serums voll und ganz anerkennt. So weit sind wir leider noch nicht. Unwiederlegt und zur Zeit unwiderleglich ist noch der Einwand von Kassowitz und seiner Schule, dass wir uns seit einigen Jahren auf einem jäh abfallenden Schenkel der Kurve der Diphtheriemorbidität — und Virulenz befinden. Solche periodische Schwankungen kommen bekanntlich auch bei anderen Infektionskrankheiten vor; so hat z. B. in neuester Zeit Kohlbrugge, der in Tosari auf Java ärztliche Praxis ausübt auf ähnliche periodische Schwankungen im Verlaufe der Beri-beri aufmerksam gemacht und die Schwankungen bei dieser Krankheit direkt mit denen bei der Diphterie verglichen. Den Einwand von Kassowitz werden daher erst Jahrzehnte

Digitized by Google

lange Beobachtungen widerlegen können. Bis dahin werden wir meines Erachtens mit einem definitiven Urtheile noch zurückhalten müssen.

Auf die Eröffnungsrede von Quincke folgten die Begrüssungsreden des Statthalters von Böhmen, Grafen Coudenhove, der Vertreter der Ministerien des Kultus, des Innern und des Krieges. Darauf sprachen Prof. Wölfler als Dekan der deutschen Karl-Ferdinands-Universität zu Prag, der sechsundneunzigjährige Hofrath Dr. Gallus, Ritter von Hochberger als Senior der Karlsbader Aerzte und schliesslich der Bürgermeisters von Karlsbad. Die Begrüssungsreden der officiellen Vertreter trugen sämmtlich den Charakter grosser Herzlichkeit und Hochachtung vor ärztlichem Streben und Forschen. Namentlich der Herr Statthalter von Böhmen wies auf die grossen Erfolge hin, welche die Aerzte in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten bisher schon errungen hätten. An einer einzigen Infektionskrankheit, an Diphtherie, starben im Jahre 1888 in Oesterreich mehr Menschen als im letzten Jahre an allen Infektionskrankheiten zusammengenommen.

Es folgten die Referate über das erste Thema: Ueber die Insufficienz des Herzmuskels. Der erste Referent v. Schrötter, Wien, führte aus, dass ebenso wie alle anderen Organe des Menschen auch das Herz so beschaffen sei, dass es weit grösseren Ansprüchen genügen könnte, als in der Norm an dasselbe gestellt werden. Nach einer ursprünglich von Bamberger gegebenen Definition versteht man unter Insufficienz des Herzmuskels seine ungenügende Leistungsfähigkeit gegenüber normalen oder abnormen, sei es durch innere oder äussere Momente gesteigerten Ansprüchen. Was nun die Ursache dieser Insufficienz betrifft, so hebt v. Sch. in erster Reihe hervor, dass es nach seiner Ansicht eine angeborene Schwäche des Herzmuskels gäbe, die entweder etne individuelle oder familiäre Eigenthümlichkeit ist. Auf dieser angeborenen Schwäche des Herzmuskels beruhen offenbar viele Fälle von idiopathischer Herzhypertrophie, die sonst unerklärlich sind. Zweitens kann die Insufficienz des Herzmuskels bedingt werden durch nervöse Momente, indem es nach Ansicht des Referenten zweifellos sogar einen Tod an gebrochenem Herzen giebt, der rein durch nervöse Störungen, Gram, Kummer u. s. w. bewirkt wird. Sehr häufig wird die Insufficienz des Herzmuskels durch Erkrankungen des Herzmuskels allein bewirkt, sei es, dass sie vom Endocard oder Pericard fortgeleitet sind, oder sei es, dass es sich um eine primäre akute Myocarditis handelt, wie sie als Begleiterscheinung der meisten Infektionskrankheiten z. B. Diphtherie, Pocken, Scharlach auftritt. Diese Myocartitis ist entweder eine parenchymatöse oder eine interstitielle. Erkrankungen des Herzmuskels können auch bewirkt werden durch Veränderungen an den Koronararterien. Weiter wird Insufficienz des Herzmuskels hervorgerufen durch Traumen z. B. stärkere Erschütterungen und Quetschungen des Thorax. Die Insufficienz des Herzmuskels wird fünftens und zwar in einer sehr grossen Zahl von Fällen hervorgerufen durch Ueberanstrengung, d. h. wenn es dem Herzen selbst mit Heranziehung aller seiner Reservekräfte selbst bei stärkster Hypertrophie nicht mehr gelingt, den gesteigerten Ansprüchen zu genügen. Diese Steigerung der Ansprüche kann bewirkt werden durch innere Momente, z. B. Herzfehler, Schrumpfniere oder aber durch äussere vom Willen abhängende Momente, z. B. alle sportlichen Uebungen. Für die sportlichen Uebungen hat Schr. nach dem Grade

Digitized by Google

ihrer Gefährlichkeit für den Herzmuskel eine Skala aufgestellt, die mit Bergsteigen und Radfahren beginnt und mit Wettgehen und Reiten endet. Reufent warnt eindringlich vor der häufig unvernünftigen Art der Sportübungen, die nicht selten „wahrhaftig nur mit den Muskeln ohne allen Verstand getrieben werden". Die Gefahr der Sportübungen für das Hez wird dadurch wesentlich erhöht, dass dem Herzmuskel im Gegensatz zu den Skelettmuskeln jedes Müdigkeitsgefühl fehlt, und dass plötzlich ohne jedes warnendes Vorzeichen alarmirende Erscheinungen von Herzschwäche auftreten, die leider häufig irreparabel sind. Ein Herz, das häufig erhöhte Widerstände zu überwinden hat und diese erhöhten Anforderungen durch eine Hypertrophie seiner Muskulatur kompensirt, erlahmt schliesslich doch auch und zwar häufig ganz plötzlich und ohne dass man den Grund dieses plötzlichen Versagens in einer direkten organischen Veränderung finden könnte; das Herz ist dann eben erschöpft.

Der Korreferent Prof. Martius (Rostock) beleuchtete das Thema mehr von der anatomischen und klinischen Seite. Zur Diagnose der Insufficienz des Herzmuskels verwendet Martius namentlich ein Symptom, das er den Gegensatz zwischen Herzstoss und Puls nennt. Wenn nämlich bei einer physikalisch nachweisbaren Vergrösserung der Herzdämpfung und Verstärkung des Herzstosses gleichzeitig der Puls kräftig ist, so ist anzunehmen, dass eine kompensatorische heilsame Herzhypertrophie vorhanden ist. Wenn aber bei physikalisch nachweisbarer Vergrösserung der Herzdämpfung und Verstärkung des Herzstosses im Gegensatz dazu der Puls klein und leicht unterdrückbar ist, so ist anzunehmen, dass es sich um eine Insufficienz des Herzmuskels, um Herzschwäche handelt, dass die Vergrösserung der Herzdämpfung im Wesentlichen nicht durch Hypertrophie des Herzmuskels, sondern durch Ueberdehnung des insufficienten Herzmuskels, durch Höhlenerweiterung, durch Dilatatation bedingt ist. Dieses Symptom des Gegensatzes ist also von der allergrössten prognostischen Bedeutung. Diese Insufficienz des Herzmuskels wird hervorgerufen durch körperliche Ueberanstrengungen, durch ungenügende Ernährung des Herzmuskels bei anämischen und chlorotischen Personen, besonders Dienstmädchen, sowie bei skrophulösen Kindern, ferner durch Intoxikationen, namentlich durch Alkohol. Für die Prädatrie von grösstem Interesse waren namentlich die Ausführungen des Referenten über die primäre dilatative Herzschwäche der Kinder, welche sich namentlich auf dem Boden der Anämie und Skrophulose entwickelt. Den Anstoss zur Entwickelung dieser Schwäche geben meistens die Anstrengungen des ersten Schulbesuches. Die Kinder klagen dann leicht über Ermüdung, Schwindelgefühle und Athemnoth. Referent unterscheidet zwei Grade dieser dilatativen Schwäche bei Kindern. Beim ersten Grade überschreitet der Herzstoss die Mammillarlinie eben nach aussen und ist dabei hebend, also verstärkt. Der Puls ist dabei recht klein. Auffällig ist dabei die grosse Labilität der Pulsfrequenz. Veranlasst man die Kinder nur zu einer geringen körperlichen Anstrengung, so schnellt die Pulsfrequenz gleich sehr in die Höhe. Beim zweiten Grade dieser dilatativen Herzschwäche reicht der Herzstoss bis zur vorderen Axillarlinie. Diese dilatative Herzschwäche kommt bei Kindern, namentlich solchen, die durch vorangegangene schwere akute Infektionskrankheiten geschwächt oder anämisch oder skrophulös sind recht häufig

Digitized by Google

vor. Therapeutisch ist es nötig, die Kinder sofort aus der Schule zu entfernen und ihnen absolute Ruhe und sehr gute Pflege zu verschaffen. Sehr empfehlenswert scheint der Aufenthalt in einem Seebade zu sein.

An diese beiden Referate, welche die erste Sitzung ausfüllten, schloss sich die gemeinsame Besichtigung des vorzüglich eingerichteten, mit einem Kostenaufwande von mehr als einer Million Gulden erbauten, Anfang 1895 eröffneten Kaiserbades. Besonders erwähnenswerth ist darin der medico-mechanische Saal, der mit 57 aktiven und passiven, theilweise durch elektrischen Antrieb bethätigten Apparaten Zander'schen Systems ausgestattet ist. Ich hebe ferner noch hervor, dass im Kaiserbade sämmtliche Korridore und Badezimmer genau bis zur selben Temperatur erwärmt sind, sodass für die Badenden jede Erkältungsmöglichkeit fortfällt. Bei der Bereitung der Moorbäder wird im Kaiserbade das Moor durch maschinelle Hilfsmittel und nicht wie anderswo durch Menschenhand zerkleinert, sodass eine gleichmässige Beschaffenheit des Moorbreies gesichert ist.

Die zweite Sitzung wurde eröffnet durch einen Vortrag des Bezirksarztes Dr. Pelc (Prag) über die Verbreitung des Flecktyphus in Böhmen in den letzten Jahren. Die letzte Flecktyphusepidemie herrschte in Böhmen im Jahre 1882. Seitdem sind in Prag alljährlich neue Fälle beobachtet worden. So ist von einer Familie, die umherzog, der Flecktyphus überall dort verbreitet worden, wo sie sich zur Nachtherberge niederliess; alle Epidemieortschaften liegen an einer Verkehrsstrasse. Redner hob noch hervor, dass die Infektion bei Kindern einen besonders leichten Verlauf nahm; nach 8—10tägiger Krankheit, kaum dass das Exanthem verblasst war, waren die Kinder wieder so munter, dass sie nur mit Mühe im Bett zurückgehalten werden konnten. —

Es folgt hierauf der Vortrag von Prof. M. Schmidt (Frankfurt a. M.) über Frühdiagnose und Behandlung der Aortenaneurysmen. Die Frühdiagnose der Aortenaneurysmen hat einen wesentlichen Fortschritt gemacht durch das von Olliver und später von Cardarelli angegebene Symptom des Tugging. Wenn man sich hinter den Patienten stellt und nach Ollivers Vorschrift den Kehlkopf von hinten her etwas in die Höhe hebt, so verspürt man bei Vorhandensein eines Aortenaneurysmas ein leichtes pulsatorisches Zucken. Therapeutisch kommen vor allen Dingen in Betracht die Darreichung von Jodkali und die Tufnell'sche Entziehungskur. Was die Aetiologie der Aneurismen betrifft, so scheint die Syphilis dabei eine wichtige Rolle zu spielen, wenigstens nach den statistischen Zusammenstellungen. Einzelne Autoren geben an, dass bis zu 80 % per an Aneurysmen leidenden Patienten syphilitisch inficirt gewesen seien. In der Diskussion erklärt Hansemann (Berlin), dass er persönlich von der ätiologischen Bedeutung der Lues für die Aneurysmen überzeugt sei, dass sich dieselbe aber noch nicht mit Sicherheit nachweisen lasse. Insbesondere bestritt er den Werth der statistischen Zusammenstellungen; wenn man die Statistik von einem anderen Gesichtspunkte aus zusammenstelle, so ergebe sich, dass doch nur ein geringer Theil der Syphilitiker an Aneurysmen erkranke. Bei dieser Gelegenheit zeigt Hansemann ein Präparat, welches von einer Frau stammt, die in Folge Berstung eines Aneurysmas der Bauchaorta gestorben war. Sowohl die Bauchaorta, als auch die von ihr ausgehenden Arterien zeigten zahlreiche Aneurysmen. Aus einem dieser Aneurysmen entnahm

Digitized by Google

van Niessen (Wiesbaden) ein Präparat und es gelang ihm in der Media der Arterienwand den Streptobacillus nachzuweisen, den er für den Erreger der Syphilis hält. Weiter hob in der Diskussion Senator (Berlin) hervor, dass es nothwendig wäre, in der Statistik die Fälle von Aneurysmen bei Personen jugendlichen oder mittleren Lebensalters von denen zu trennen, die erst bei Personen im vorgerückten Lebensalter auftreten. Bei der ersten Kategorie würde wohl sicher die Lues eine grosse ätiologische Rolle spielen, während bei der zweiten Kategorie die Hauptursache in der Arteriosclerose zu suchen sein würde. Im Verfolg des Gedankens von Senator möchte ich noch die Frage aufwerfen, ob nicht ein Theil der Fälle von Aneurysmen bei jugendlichen Personen auf hereditärer Lues beruht; ohne Analogie wäre ein solches Verhalten keineswegs, hat doch erst in jüngster Zeit Speyr Fälle von Lähmungsirrsinn publizirt, die nach ihm auf hereditärer Lues beruhen. Ferner wurde in der Diskussion von mehreren Rednern, so von Bäumler (Freiburg) und Unverricht (Magdeburg), das Verfahren von Lancereaux und Tanlesin besprochen, durch subkutane Gelatineinjektionen die Gerinnungsfähigkeit des Blutes zu erhöhen und dadurch die Thrombenbildung im Aneurysmensacke, die als ein Heilungsvorgang zu betrachten ist, zu beschleunigen.

Es folgt ein Vortrag von Prof. Czerny (Breslau): zur Kenntniss der hyalinen Degeneration. Mit Hilfe des Weigert'schen Fibrin-Färbeverfahrens wies C. die innigen Beziehungen nach, die zwischen der hyalinen Substanz, die in den Eiterzellen Träger des Glykogens ist, und der amyloiden Substanz bestehen; nach den Untersuchungen von C. ist die hyaline Degeneration die Vorstufe der amyloiden Degeneration, die hyaline Substanz wird durch die Eiterzellen in diejenigen Organe verschleppt, in denen sich später die amyloide Degeneration nachweisen lässt.

Die dritte Sitzung wurde zum grossen Theil ausgefüllt durch die Diskussion zu den Referaten über Insufficienz des Herzmuskels, es betheiligten sich daran Schott (Nauheim), Grossmann (Wien), Romberg (Leipzig), His (Leipzig), Quincke (Kiel) und v. Pöhl (Petersburg). Die Diskussion vertiefte sich ausserordentlich in die Details, so dass ein Eingehen darauf hier nicht am Platze erscheint. Es folgten darauf eine Anzahl Vorträge: Winkler (Wien): Experimentelle Studien über die funktionelle Mitralinsufficienz; Jacob (Kudowa): Zur neurotischen Insufficienz des Herzmuskels; Hirschfeld (Berlin): Zur Lehre von der Plethora; Grödel (Nauheim): Bemerkungen zur Depitalsbehandlung bei chronischen Kreislaufstörungen und von Levy-Dorn (Berlin) und v. Criegern (Leipzig): Ueber Untersuchung des Herzens mittels Röntgenstrahlen resp. mittels des fluorescirenden Schirmes. Aus dem Vortrage von Jacob hebe ich hervor, dass er unter dem Namen „neurotische Insufficienz des Herzmuskels" ein Krankeitsbild beschreibt, welches subjektiv die Symptome schwerer degenerativer Herzmuskelinsufficienz, Athemnoth, Herzklopfen, Pulsarythmie darbietet, sich aber objektiv davon unterscheidet durch eine gewisse „Ordnung in der Unordnung"; vor allem aber durch einen meist gut gespannten Puls, und trotz der Symptome der Insufficienz eine gute Prognose giebt. Aehnlich diesem Krankheitsbilde hat J. einen Pseudobasedow beobachtet, den

Digitized by Google

er ebenfalls als neurotische Insufficienz auffasst. Auch in diesen Fällen ist im Gegensatze zum wirklichen Morbus Basedowii der Puls recht gespannt. Die Therapie besteht in Herabsetzung der Erregung des vasomotorischen Centrums und in Behandlung der meist dabei bestehenden Anämie.

Aus dem Vortrage von Grödel hebe ich hervor, dass er in gewissen Fällen von chronischen Kreislaufstörungen, Herzklappenfehlern, wo die anderen therapeutischen Methoden im Stiche lassen, chronische Darreichung kleiner Digitalisdosen empfiehlt. Gr. behandelt also Herzklappenfehler nach folgendem Schema: zunächst versucht er die gestörte Kompensation allein durch Ruhe und physikalisch-diätetische Heilmethoden herbeizuführen, wenn das nicht gelingt, giebt er in der jetzt üblichen Weise innerhalb weniger Tage eine grössere Dipitalisdosis, die er wiederholt, wenn wieder Störungen der Kompensation eintreten. Es kommt aber ein Zeitpunkt, wo es nicht mehr gelingt, auf diese Weise durch einmalige Darreichung einer grösseren Dosis Digitalis die Kompensation für längere Zeit wiederherzustellen. Alsdann erachtet G. den Moment für gekommen, um mit der chronischen Dipitalistherapie einzusetzen; er giebt durch längerere Zeit, Wochen und Monate, 3—4 mal täglich 0,1 gr. Digitalis und hat davon niemals irgend welche schädliche Nebeneinwirkungen erlebt, insbesondere auch keine Kumulation beobachtet. In der Diskussion hob Unverricht (Magdeburg) hervor, dass er an seiner Klinik von Digitalispräparaten jetzt nur noch und zwar mit gutem Erfolge das neue Dyalisatum Digitalis und das Digitoxin verwendet. Im Uebrigen wendet sich U. gegen die chronische Digitalisdarreichung. — Aus den beiden Röntgen-Vorträgen ist nur hervorzuheben, dass es den Herren gelungen ist, exakte Messungen der Herzgrösse anzustellen. — Nach Schluss der Sitzung folgte eine gemeinschaftliche Besichtigung des neuerbauten nach allen Regeln der Hygiene und Krankenpflege eingerichteten Kaiser-Franz-Joseph-Hospitals.

Die vierte Sitzung wurde eröffnet durch eine Reihe sehr wichtiger und interessanter Demonstrationen. Zunächst demonstrirte Rotschild (Padua) sein Sternogoniometer, d. i. ein Apparat zur Messung des Sternalwinkels. Die Oberflächen von Corpus und Manubrium sterni liegen an der wohlgebauten Brust nicht in derselben Ebene, das Manubrium ist vielmehr schon unter normalen Verhältnissen nach hinten geneigt. Die hierdurch entstehende winklige Abknickung des Brustbeines nennt R. Sternalwinkel. Manubrium und Corpus sterni bleiben bis gegen das 60. Lebensjahr durch einen elastischen beweglichen Zwischenknorpel getrennt. Um diese Zeit beginnt die physiologische Verknöcherung des Knorpels. Während der Respiration ändert sich die gegenseitige Lage von Brustbeinkörper und -Handgriff in dem Sinne, dass sich der Neigungsgrad des Sternalwinkels bei der Inspiration verstärkt, bei der Expiration verringert durch Drehung des Handgriffes um eine durch die vorderen Enden der ersten Rippenknorpel quer verlaufende Axe. Durch die inspiratorische Verstärkung des Sternalwinkels wird eine wirksame Verlängerung des sagittalen Brustdurchmessers und damit eine erhebliche Erweiterung des den Lungenspitzen zugehörigen Brustraumes herbeigeführt. Der Sternalwinkel beträgt bei ruhiger Athmung bei Männern durchschnittlich 15,85°, bei Frauen 12,85°. Alle Fälle von Lungenemphysem, welche mit der charakteristischen fussförmigen Thorax-

Digitized by Google

gestaltung einhergehen, weisen einen abnorm starken Neigungsgrad des Sternalwinkels auf. Indessen ist der respiratorische Winkelspielraum fast regelmässig durch die Insufficienz der Athembewegungen oder auch durch Fixirung der Rippen in ihrer Inspirationsstellung bedeutend herabgemindert oder auch gänzlich aufgehoben. Bei der Phthise findet man häufig eine vorzeitige Verknöcherung des Sternalgelenkes. Dabei ist der Sternalwinkel abgeflacht.

Prof. v. Basch demonstrirt sodann das Pneumometer, d. i. einen Apparat zur Messung des Lungenvolumens und der Lungencapacität. Der Apparat beruht auf dem Mariotte'schen Gesetz. Man verbindet die Lunge des lebenden Menschen mit einem Manometer und kann alsdann aus der Flüssigkeitsmenge, die man aus einer Druckflasche in den einen Manometerschenkel hineinlaufen lassen muss, um den Druck in dem anderen Schenkel um ein bestimmtes Maass zu erhöhen, mit Hilfe eines empirisch gefundenen Index das Lungenvolumen berechnen. Dieser Pneumometer wird voraussichtlich zur Entscheidung sehr wichtiger physiologischer und pathologischer Fragen dienen können, so meine ich, wird man vermuthlich mit Hilfe dieses Apparates das zunächst noch mystische Dunkel lichten können, das über der Frage der angeborenen hereditären Disposition lagert. Es wird sich meiner Ansicht nach wahrscheinlich herausstellen, dass die hereditär tuberkulos belasteten Menschen von Geburt an kleinere Lungen haben, als andere, und es wird sich vermuthlich durch Messung des Lungenvolumens herausstellen, ob jemand wegen der angeborenen Kleinheit der Lunge Veranlassung hat, prophylaktisch alle Maasregeln zu ergreifen, die geeignet sind, entweder eine Infektion mit Tuberkulose zu verhüten oder aber die Widerstandsfähigkeit seiner Lungen so zu stählen, dass selbst eine erfolgte Infektion siegreich überwunden werden kann.

Es folgten sodann Demonstrationen von Boghean (Wien): Apparat zur Regelung der Athmung; Kurimoto (Nagasaki): Eine neue Art Botriocephalus (Krabbea grandis); Determann (St. Blasien): Demonstration der Verschiebungen des Herzens bei Lageveränderungen des Körpers mittels des Röntgenverfahrens; His (Leipzig): Präparate von Harnsäureherden im Körper; Tallermann (London): Heisluftapparate; Mandowsky (Graz): Krankenheber.

An die Demonstrationen schlossen sich alsdann noch einige Vorträge. Zunächst sprach Prof. Riegel (Giessen): Ueber medikamentöse Beeinflussung der Magensaftsekretion. R. hat bei Thieren Magenfisteln angelegt und die Magensaftsekretion nach Verabreichung verschiedener Medikamente, namentlich Atropin und Pilocarpin, beobachtet und dabei gefunden, dass Atropin die Sekretion stark herabsetzt, Pilocarpin sie dagegen steigert. In der Diskussion erklärt Escherich (Graz), dass er von der sekretionsvermindernden Wirkung des Atropins in der Weise Gebrauch gemacht habe, dass er bei Kindern, die an Diarrhöen mit profuser Sekretion litten, Atropin und zwar mit gutem Erfolge darreichte. Durch die nun folgenden Vorträge von Prof. Mehring (Halle): Ueber den Enfluss des Nervensystems auf die Funktionen des Magens und Pfaundler (Graz): Ueber den zeitlichen Verlauf der Magensaft-Sekretion wurden die Versuchsergebnisse Riegels durchaus bestätigt.

Digitized by Google

Von den anderen Vorträgen dieser Sitzung hebe ich nur den von Petruschki (Danzig) hervor: Zur Diagnose und Therapie des primären Ulcus ventriculi tuberculosum. P. beobachtete 2 sehr hartnäckige Fälle von Ulcus ventriculi, deren tuberkulöse Natur schliesslich dadurch festgestellt werden konnte, dass bei Abwesenheit sonstiger Anzeigen von Tuberkulose Reaktion auf Tuberculinum Kochii erfolgte, und dass die Fortsetzung der Tuberculinbehandlung relativ rasches Verschwinden der Krankheitserscheinungen ergab im Gegensatz zu dem jahrelangen Misserfolge der vorhergehenden anderweitigen Behandlungsversuche. Im Anschlusse daran möchte ich ganz kurz hervorheben, dass ich gerade in jüngster Zeit Gelegenheit gehabt habe, mehrere Fälle von Coicidenz eines einfachen runden Magengeschwüres mit beginnendem tuberkulösen Spitzenkatarrh bei jugendlichen Individuen zu beobachten.

Die fünfte Sitzung brachte die Referate von Prof. Löwit (Innsbruck) und Prof. Minkowski (Strassburg): Ueber Leukämie und Leukocytose. Das Wesentliche aus dem Vortrage von Löwit lässt sich dahin zusammenfassen, dass er den Erreger der Leukämie gefunden zu haben glaubt und zwar findet sich nach seinen Angaben bei Myelämie im peripherischen Blute eine leukocytäre Hämamöbe, die er als Hämamöba leucämiae magna bezeichnet; die Vermehrung erfolgt durch Sporulation. Bei Lymphämie finden sich im peripherischen Blute nur selten Parasiten; dagegen findet sich in den Blutzellen bildenden Organen der Leiche eine von Hämamöba magna differente Art, die L. als Hämamöba leukämiae parva vivax bezeichnet. Es giebt Fälle von Leukämie, bei denen in den Leichenorganen beide Hämamöben nachgewiesen werden können (Mischinfektion). Als eine solche Mischinfektion erwies sich L. auch ein Fall von Anämia pseudoleucämica infantum. Die Uebertragung der leukämischen Infektion gelingt auf empfängliche Thiere; es entsteht eine der Leukämie des Menschen sehr nahe verwandte, in der Regel chronisch verlaufende Infektionskrankheit, der die Thiere selten akut nach einigen Tagen, weit häufiger aber erst nach mehreren Monaten erliegen. Die Frage der künstlichen Kultur der Hämamöbe ist noch nicht spruchreif, es macht den Eindruck, als ob die Entwickelung einer Amöbengeneration im Reagensglase unter entsprechenden Bedingungen gelingen würde. Die von L. gefundenen Hämamöben der Leukämie haben eine grosse Aehnlichkeit mit den Plasmonelien der Malaria; es liegt daher nahe, den Versuch zu machen, die Leukämie systematisch mit Chinin zu behandeln. In einer Demonstration am nächsten Tage zeigt L. doppelt gefärbte Präparate seiner Hämamöben. Die blau gefärbten Hämamöben sind deutlich am inneren Rande der roth gefärbten Leukocyten sichtbar. — Der Korreferent Minkowsky kommt aus chemischen Gründen zu der Ueberzeugung, dass die Leukämie eine Infektionskrankheit sein müsse. Er sondert scharf die Leukämie als eine schwere progressive, zur Zeit meist unheilbare Krankheit von der Leukocytose als einer vorübergehenden, während der Verdauung physiologisch vorkommenden, vielfach sogar heilsamen Erscheinung. Die Leukocytose ist nämlich eines der hauptsächlichsten Schutzmittel des Organismus im Kampfe gegen die meisten Infektionskrankheiten. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben der Therapie, in den Fällen wo eine Leukocytose erwünscht ist, die eigene Kraft des Organismus dazu aber nicht ausreicht, ihm mit Mitteln zu Hilfe zu kommen, welche künstlich eine Leukocytose zu er-

Digitized by Google

zeugen vermögen. Solche Mittel sind Organextrakte, Bakterienprodukte und Medikamente. Dasjenige Medikament nun, welches ohne schädliche Nebenwirkungen zu heben am energischsten eine heilsame Leukocytose zu erzeugen vermag, ist nach den Untersuchungen von Landerer und meinen eigenen Beobachten die Zimmtsäure und deren Präprate. In der sich an diese Referate anschliessenden sehr lebhaften Diskussion standen die Redner sämmtlich auf dem Standpunkte, dass die Leukämie eine Infektionskrankheit sei, angezweifelt wurde nur die Möglichkeit, die Leukämie künstlich auf Thiere zu übertragen. Ob die von Löwit gefundene Hämamöbe wirklich der Erreger der Leukämie ist, darüber konnte in eine Diskussion nicht eingetreten werden, da Löwit seine Methoden bisher nicht veröffentlicht hat, eine Nachprüfung bisher also nicht möglich war. L. verspricht, seine Methoden in extenso in den Kongressverhandlungen publiziren zu wollen. — Nach Schluss dieser Sitzung fand eine gemeinschaftliche Besichtigung des städtischen Sprudelsalzwerkes statt, wo aus dem Wasser des Sprudels sowohl das krystallinische, als auch das pulverförmige Sprudelsalz gewonnen wird. Die Darstellung eines pulverförmigen Sprudelsalzes erweist sich darum als nöthig, weil das krystallinische Sprudelsalz schon bei einer Temperatur von 24° in seinem eigenen Krystallwasser schmilzt, also z. B. eine Versendung in die Tropen nicht verträgt, während das pulverförmige Sprudelsalz weit höhere Temperaturen unbeschadet aushält.

In der sechsten Sitzung besprach zunächst Prof. Petersen (Heidelberg) ein Grenzgebiet der inneren Medizin und Chirurgie, indem er die Anzeigen zu chirurgischen Eingriffen bei gutartigen Magenerkrankungen auseinandersetzte. Die wichtigste Anzeige zu chirurgischem Eingreifen giebt von gutartigen Magenkrankheiten das Magengeschwür, das ziemlich häufig wegen sonst unstillbarer pernicioser Blutungen ein chirurgisches Eingreifen erfordert. In der Diskussion verbreitete sich Prof. Ewald (Berlin) über Appendicitis larvata, jene Erkrankungen des Wurmfortsatzes, die mit dunklen Symptomen von Magen- und Darmerscheinungen auftreten, ohne dass die Patienten einen Schmerz an der typischen Stelle verspüren. Solche Fälle werden jahrelang für Hysterie angesehen, bis man sich endlich zu einem operativen Eingriffe entschliesst und dabei Adhäsionen, Geschwürsbildungen und eitrigen Inhalt des Wurmfortsatzes findet. Durch die Entfernung des kranken Wurmfortsatzes werden mit einem Schlage alle die scheinbaren hysterischen Beschwerden beseitigt. — Es sprach sodann Prof. v. Noorden (Frankfurt a. Main): Ueber Behandlung der chronischen Nierenkrankheiten. Er bemühte sich, verschiedene in der Therapie der Nierenkrankheiten bestehende Vorurtheile und Irrlehren zu zerstören. So ist es ein altes Vorurtheil, dass man den Nierenkranken nur weisses, nicht aber braunes Fleisch geben dürfe, obwohl nach von N.'s Untersuchungen diesem Rathe weder eine theoretische Begründung, noch das Resultat der praktischen Erfahrung am Krankenbett entspräche. Sodann wendet sich v. N. gegen den Missbrauch, chronischen Nierenkranken beliebige Mengen von Eiweiss und grosse Mengen Flüssigkeit in Form von Milch oder alkalischer Mineralwässer zu geben, weil dadurch das Gefässsystem ungebührlich überlastet, das Herz gefährdet und die kranken und geschwächten Nieren zu sehr angestrengt werden; er plädirt vielmehr für Zufuhr möglichst kleiner Eiweissmengen und für möglichste

Digitized by Google

Beschränkung der Flüssigkeitsaufnahmen. — In der Diskussion trat Ewald (Berlin) den Anschauungen v. Noorden's durchaus bei. — Sodann sprach Schütz (Wiesbaden): Zur Differentialdiagnose von Ulcus ventriculi. Gewisse Dickdarmaffektionen, wie Katarrh und Entzündung, sowie die verschiedenen Formen der Lageveränderung des Colon, vermögen das Krankheitsbild des Magengeschwüres in hohem Grade nachzuahmen und führen um so leichter zu Verwechselungen mit dieser Krankheit, als der Druckschmerz des Colon transversum von dem des Magens nur schwer zu trennen ist. Für die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen angeblichen Magenschmerzen und einer Dickdarmaffektion spricht die Beobachtueg, dass erstere bei gründlicher Entleerung des Colon auffallend nachlassen. Das wichtigste differentialdiagnostische Moment ist neben dem Blutbrechen der Nachweis des Fehlens der freien Salzsäure. Die Stellung einer exakten Diagnose ist darum von grosser Wichtigkeit, weil die unbegründete Verordnung einer eingreifenden Ulcus-Kur für die meist anämisch-nervösen Patienten mit grossen Unzuträglichkeiten verknüpft ist. — Es folgt der Vortrag von Prof. Escherich (Graz): Beiträge zur Kenntnis des Bacterium coli. E. führt den Nachweis, dass sämmtliche in dem Darme eines Menschen vorhandenen Bacterium coli-Individuen ein und derselben für den betreffenden Menschen specifischen Coli-Rasse angehören, und dass das Blutserum dieses Menschen auch nur dieser Coli-Rasse gegenüber, nicht aber gegenüber irgend einer anderen Coli-Rasse agglutinirende Eigenschaften besitzt. Es sprachen sodann: Gans (Karlsbad): Ueber den Einfluss von Bakterienprodukten auf die Darmfäulniss; v. Schrötter jr. (Wien): Ueber einen Fall von Gas-Abscess in der Bauchwand; Kraus (Graz): Ueber die Sauerstoff-Kapacität des menschlichen Blutes in Krankheiten; A. Schmidt (Bonn): Ueber Funktionsprüfung des Darmes; Leubuscher (Jena): Ueber die Fettabsonderung des Körpers; Blum (Frankfurt a. Main): Zur Schilddrüsen-Pathologie und Therapie; Lennhoff (Berlin): Ueber die Beziehungen zwischen Körperform und Nieren. Aus diesen Vorträgen sei hervorgehoben, dass Blum nach seinen Untersuchungen der Schilddrüse nur die Funktion vindicirt, gewisse im Kreislaufe befindliche giftige Substanzen abzufangen und durch Jodirung zu entgiften. Therapeutisch dürfte nur beim Myxoedem die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten zu empfehlen sein, dagegen wird man bei Strumen und Fettleibigkeit am besten von der Darreichung von Schilddrüsen absehen, da Vergiftungserscheinungen nicht auszuschliessen sind. — Lennhoff hob hervor, dass unter physiologischen Verhältnissen jede Niere respiratorisch verschieblich ist und dass die Palpirbarkeit einer Niere an sich kein Zeichen einer Lockerung oder Verlagerung des Organs ist; vielmehr ist die Palpirbarkeit der Niere nur abhängig von der Körperform, so dass man es jedem Menschen ansehen kann, ob man bei ihm die Nieren palpiren kann oder nicht. Wenn man die Entfernung vom Iugulum bis zum Schamberg dividirt durch den kleinsten Bauchumfang und den Quotienten mit hundert multiplicirt, werden auf diese Weise zwei verschiedene Körpertypen gekennzeichnet, indem Individuen mit hohem Index im Allgemeinen palpable Nieren aufzuweisen, solche mit niedrigem Index dagegen nicht palpable. Der Durchschnittsindex veriirt nach Gegenden. Die Verschiedenheit der Körpertypen kommt auch

Digitized by Google

zum Ausdruck in der Verschiedenheit der Lendengegend, beziehentlich der paravertebralen Nischen. — Leubuscher benutzt eine sehr einfache Methode, um die Fettabsonderung der menschlichen Haut zu bestimmen. Er befestigt ein Stück völlig entfetteten Fliesspapieres von bestimmter Grösse mittels Heftpflasterstreifen auf der Haut und stellt nach 24 Stunden fest, wieviel Fett von dem Papier aufgenommen worden ist. L. kam auf diese einfache Weise zu sehr interessanten Resultaten; zunächst ergab sich, dass die Fettmengen, die von der Haut abgesondert werden, recht beträchtliche sind; die Fettabsonderung der Haut ist bei fettleibigen Menschen geringer als bei mageren. Auf dieser mangelhaften Ausscheidung von Fett durch die Haut beruht wahrscheinlich z. Th. überhaupt die Fettleibigkeit. —

Von den sehr zahlreichen Vorträgen der letzten, siebenden Sitzung hebe ich nur die wichtigsten hervor. Zunächst sprach Rosenfeld (Breslau): Ueber die Herkunft des Fettes. Es sei sicher, dass der Thierkörper aus Eiweiss kein Fett zu bilden vermöge; auch aus Kohlehydraten vermöge der Fleischfresser nur sehr geringe Mengen Fett zu bilden und zwar auch nur dann, wenn er sehr grosse Mengen Kohlehydrate zu sich nehme; daher sei auch diese Quelle des Fettes praktisch zu vernachlässigen. Es bleibt also als Quelle für das Fett im Körper des fleischfressenden Thieres nur das Nahrungsfett ubrig. Es handelt sich also beim fleischfressenden Thiere nicht eigentlich um Fettbildung, sondern nur um Fettansatz; es giebt kein specifisches Thierfett, sondern jedes Thier lagert in seiner Unterhaut dasjenige Fett ab, welches es mit der Nahrung geniesst. Wenn also der Eskimo als Fett hauptsächlich Fischthran zu sich nimmt, der Polynesier dagegen hauptsächlich Kokosnussbutter, so müssen sie auch das entsprechende Fett in den Fettlagern ihrer Haut haben. Praktisch und therapeutisch folgt daraus, dass von den Bestandtheilen der Nahrung Fett diejenige Substanz ist, die am leichtesten zum Fettansatz führt. — Es sprach sodann Spitzer (Karlsbad): Ueber die Bildung der Harnsäure. Nach seinen Untersuchungen wird die Harnsäure wesentlich in der Leber und der Milz gebildet, nicht im Muskel- und Bindegewebe und nicht in den Nieren. — In der Diskussion erklärten Wiener (Prag) und Jacoby (Berlin), dass sie unabhängig von einander und von Spitzer auf anderem Wege zu denselben Resultaten wie er gekommen seien. — Sodann berichtet Pribram (Prag): Ueber die intermittirende Albuminurie der Adolescenten. Er hat bei blassen, mageren, rasch aufschiessenden Jünglingen und Jungfrauen zuweilen mit typischen chlorotischen Erscheinungen ein intermittirendes Auftreten von Eiweiss im Urin gefunden; für alle Fälle war die Albuminurie abhängig von der aufrechten Stellung, Gang und Bewegung der unteren Extremitäten; wurde Bettruhe innegehalten, verschwand die Albuminurie sehr rasch. — Hervorzuheben ist noch ein Vortrag und eine Demonstration von Wolff (Reiboldsgrün): Ueber Massage bei Behandlung Lungenkranker. Bekanntlich hat Erni (Gersau) eine mechanische Behandlungsmethode chronisch Lungenkranker eingeführt, die er als Klopfmethode bezeichnet W. empfiehlt nun bei Lungenkranken, namentlich bei solchen kräftiger Konstitution, bei denen die Expektoration bei Ansammlung von Schleim und Eiter in den Luftwegen nicht ausreicht, diese Klopfmethode, die nach seiner Ansicht eine willkommene Bereicherung der Hilfsmittel bei Behandlung

Digitized by Google

der Phthise ist. Contraindicationen sind nicht vorhanden, insbesondere hat man weder Blutungen noch eine Propagation tuberkulöser Heerde, die bis dahin lokalisirt waren, zu befürchten. Die Methode ist nicht schmerzhaft, ein wenig empfindlich ist sie nur bei Beklopfung der unteren Rippen. Zu ihrer Ausführung wird ein breiter, gut federnder Spatel benutzt. — Es sprachen noch in der letzten Sitzung: van Niessen (Wiesbaden): Ueber den jetzigen Stand der Syphilisätiologie; A. Hermann (Karlsbad): Ueber die Glycerinbehandlung der Nephrolithiasis; J. Mayer (Karlsbad): Zur Pathologie der Gallensteinkrankheit; F. Blumenthal (Berlin): Zur Wirkung des Tetanusgiftes; E. Weiss (Pistyan): Gebührt der Arthritis deformans klinisch eine Sonderstellung? Aus dem Vortrage von Blumenthal will ich noch hervorheben, dass Redner die Unwirksamkeit des Tetanusheilserums dadurch erklärt, dass das Tetanusgift so fest an das Nervensystem gebunden ist, dass das Heilserum es nicht abzulösen vermag.

Nach Erledigung der kolossalen, im Vorstehenden kurz skizzirten Materials schloss Prof. Quincke mit warmen Worten des Dankes für die Vortragenden und für die Versammlung den Kongress. Nach Schluss des Kongresses folgten eine grosse Anzahl von Theilnehmern desselben einer freundlichen Einladung der Stadt Marienbad, wo in äusserst interessanter Rundfahrt an diesem und am nächsten Tage die Bäder und sonstigen hygienischen und sanitären Einrichtungen der wunderschön gelegenen und reich ausgestatteten Kurstadt besichtigt wurden.

Bericht über den 28. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin.

(5.—8. April 1899.)

Aus der überreichen Fülle der Verhandlungsgegenstände und Vorträge der diesjährigen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie heben wir dasjenige hervor, was für die Pädiatrie von Interesse ist, indem wir uns dabei an Berichte der „Frankfurter Ztg." und des „Medico" anlehnen.

Kocher (Bern): Ueber die Bedingungen erfolgreicher Operation bei Epilepsie. In 6 Fällen von Epilepsie, die durch Traumen des Kopfes entstanden waren, hat K. durch Eröffnung des Schädels dauernde Heilung erzielt. Nach K.'s Annahme ist dieser Dauererfolg nicht allein auf die Entfernung von Knochensplittern, Verwachsungen etc., die auf das Gehirn drücken und an ihm Zerrungen ausüben, zurückzuführen, sondern vor Allem auf die Entlastung des Gehirns von dem bei Epileptikern immer gesteigerten allgemeinen Druck. Die Beseitigung dieser abnorm starken Spannung im Schädelinnern ist allein schon im Stande, in vielen Fällen die epileptischen Anfälle zum Schwinden zu bringen, welche in der Regel auch völlig wegbleiben, wenn nach der Eröffnung des Schädels eine nur mit Haut bedeckte Lücke zurückge-

Digitized by Google

lassen wurde, wurde hingegen ein fester knöcherner Verschluss der Schädelhöhle herbeigeführt, so kehrten die Anfälle stets wieder, auch wenn die Knochensplitter etc. vorher entfernt worden waren. — v. Bergmann (Berlin) betont K. gegenüber die grossen Schwierigkeiten der kritischen Verwerthung der Heilerfolge, da erfahrungsgemäss in 90% aller Fälle schon vor der Verletzung eine hereditäre Veranlagung zur Epilepsie bestanden hat. In diesen Fällen ist von der Operation kein Erfolg zu erwarten. Er hält diejenigen Operationsmethoden für die besten, welche die Ursache des Leidens angreifen, wobei tiefe Narben und Knochensplitter am Schädel, sowie Flüssigkeitsansammlungen unter dem verletzten Schädeldach entfernt, verletzte Theile der Hirnrinde abgetragen werden. Da noch 5 Jahre und länger nach der Operation die Anfälle wieder auftreten können, so kann nur mit grösster Reserve von einer vollständigen Heilung gesprochen werden. Im Anschluss hieran demonstirt v. B. eine Patientin, bei der er eine angeborene grosse Lücke im Schädeldach (Porencephalie) mit Erfolg operativ geschlossen hat. — Lauenstein (Hamburg) bestätigt die günstige Wirkung derjenigen Operationsmethoden bei Epilepsie, die eine Verminderung der Spannung im Schädelinnern anstreben. Ein vor 5 Jahren von ihm nach diesem Princip operirter Fall ist seitdem völlig frei von Anfällen. Ebenso ist die vorher bestehende Erblindung dauernd zurückgegangen. — Beckh (Heidelberg) bestätigt, dass die Erfahrungen der Heidelberger Klinik mit denjenigen K.'s im Wesentlichen übereinstimmen. — Trendelenburg (Leipzig) berichtet über sehr günstige Resultate, die er durch die Operation von entzündlichen Verkrümmungen der Wirbelsäule (Spondylitis) erzielt hat. Selbst völlige Lähmungen der Beine sind nach der Operation, wenn auch allmählich, verschwunden. — Hoffa (Würzburg) berichtet über die chirurgische Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Er hat die unblutige Operation in 127 Fällen nach den Methoden von Lorenz, Paci, Schede, Mikulicz ausgeführt. Nach seinen Erfahrungen wird nur sehr selten mit diesen Methoden eine ideale Heilung erzielt. Meist stellt sich der Schenkelkopf in mehr oder weniger starker Auswärtsdrehung dicht neben die Pfanne. Jedoch ist auch in diesen Fällen das funktionelle Resultat ein zufriedenstellendes. Einmal hat H. in unmittelbarem Anschluss an die unblutige Einrenkung den Tod eintreten sehen. Ein Zurückgleiten des eingerenkten Schenkelkopfes in die falsche Stellung kommt zuweilen vor. Die Röntgenphotographie, die uns in jedem Augenblick gestattet, uns genau über die Stellung des Schenkelkopfes zu informiren, bildet einen sehr grossen Fortschritt in der Diagnose und Behandlung der Krankheit. Die Methode der blutigen Einrenkung findet nur Anwendung, wenn die unblutige Methode nicht zum Ziele führt, was besonders bei älteren Kindern vorkommt. Die Grenze hierfür scheint nach Lorenz das 8. bis 10. Lebensjahr zu sein, jenseits welchen Alters die unblutige Einrenkung fast nie gelingt. Aus der Statistik von L. geht auch zur Genüge hervor, dass seine Methode durchaus nicht ungefährlich ist. Das ohne Anwendung grosser Gewalt nicht erreichbare Herabziehen des hochgeglittenen Schenkelkopfes bedingt eine Reihe von Gefahren für die Knochen und Weichtheile der Hüfte. L. erkennt auch an, dass eine ideale Einrenkung bei seiner Methode wegen der abnormen Beschaffenheit der Gelenkpfanne nicht stattfinden kann, worüber das

Digitized by Google

Röntgenbild unzweideutigen Aufschluss ertheilt. L. hält die Gefahren der blutigen Einrenkung trotz alledem für wesentlich höher als die der unblutigen. — Mikulicz (Breslau) weist ebenfalls darauf hin, dass eine ideale Einrenkung des Femur unmöglich sei, weil die Pfanne zu klein, der Schenkelkopf missgestaltet ist, vor Allem aber deshalb, weil sich stets die Weichtheile der Kapsel und Bänder zwischen die Gelenkenden klemmen. Auch aus den Ausführungen der übrigen Redner: Petersen (Bonn), Heusner (Barmen), Höftmann (Königsberg), Lange (München), Harath (Utrecht), Kümmel (Hamburg) geht hervor, dass der Enthusiasmus, der im Anschluss an die L.'schen Publikationen vor 2 Jahren, sich der Chirurgen bezüglich der unblutigen Einrenkung bemächtigt hatte, nunmehr der nüchternen Kritik gewichen ist, deren Endurtheil dahin zusammenzufassen ist, dass keine der bisherigen Methoden bei der luxatio coxae congenita eine vollkommene Dauerheilung garantirt und wir uns einstweilen mit der meist erreichbaren erheblichen funktionellen Besserung bezeugen müssen. — Von grossem actuellem Interesse waren die Mittheilungen von Löwenhardt (Breslau) über die Aleppo- oder Orientbeule, von der bekanntlich in letzterer Zeit einige Palästinareisende befallen worden sind. L. hat 3 Fälle dieser Krankheit studirt. Sie ist eine chronische endemische Hauterkrankung, die in Form von Knoten einzeln oder in Gruppen meist an den unbedeckten Körperstellen auftritt. Später zerfallen diese Knoten und es entstehen hartnäckige Ulcera, die indessen meist spontan unter Hinterlassung entstellender Narben heilen. Der zweifellos parasitäre Erreger der Aleppobeule ist noch nicht entdeckt — In einigen kleineren Mittheilungen bespricht Benda (Berlin) den von ihm in 3 Fällen beobachteten ätiologischen Zusammenhang zwischen Knochentuberculose und Miliartuberculose, Küttner (Tübingen) die selten vorkommende tuberculöse Knochenmarkentzündung langer Röhrenknochen, Sudeck (Hamburg) die Anatomie und Aetiologie der Coxa vara, die er auf wiederholte kleinere mechanische Insulte zurückführt, Heusner (Barmen) die Ursachen und Therapie des angeborenen Klumpfusses. — Aus den Verhandlungen über Magendarmchirurgie heben wir den Vortrag von Krönlein (Zürich) über das traumatische Magengeschwür hervor. Er demonstrirte einen Patienten, der sich nach seiner Ansicht durch ein Trauma ein Magengeschwür acquirirt hat. K. hat durch Resektion der durch dasselbe entstandenen hochgradigen Strictur des Pylorus Heilung erzielt. Das Auftreten eines Magengeschwüres im Anschluss an eine Quetschung oder sonstige Verletzung des Leibes ist bisher nur äusserst selten beobachtet worden. Einen ähnlichen Fall hat Wagner (Königshütte) beobachtet. (Auch Red. d. Ztschr. behandelt soeben einen Mann, der sich durch Sturz vor ca. 1 Jahre von einem Gerüste eine Oberarmfractur und eine Quetschung der Bauchmuskulatur zugezogen hatte. Der Mann war vorher ganz gesund, litt seitdem an unbestimmten krankhaften Erscheinungen der Verdauungsorgane, bis vor ca. $^1/_2$ Jahr ganz bestimmte Symptome eines Magengeschwüres hervorgetreten sind. Die Berufsgenossenschaft bestritt den Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Ulcus ventriculi und giebt ihm nur eine kleine Rente wegen verminderter Gebrauchsfähigkeit des Armes. Ich habe dem Mann gerathen, auf Grund der Krönlein'schen Erfahrungen Berufung einzulegen, da mir der angeführte Zusammenhang zwischen dem Ulcus und

Digitized by Google

dem Unfall unzweifelhaft zu bestehen scheint.) — v. Eiselsberg (Königsberg) berichtet über 7 Fälle von Bruchoperation, bei denen blutiges Erbrechen auftrat, welches wahrscheinlich durch das nothwendige Abbinden des Netzes mittelbar hervorgerufen wurde; in einem tödtlich verlaufenen Falle zeigten sich Blutungen in die Magenschleimheit. — Gersuny (Wien) bespricht eine von ihm häufig beobachtete typische peritoneale Adhäsion am S romanum; sie besteht in einer strangförmigen Verwachsung, die zu nicht unerheblichen Beschwerden, besonders zur Behinderung der Darmpassage führen kann und wahrscheinlich auf Grund kleiner Blutungen entsteht. — Graser (Erlangen) berichtet über das Ergebniss von Untersuchungen, die er an Leichen über erworbene Darmdivertikel vorgenommen hat. Seiner Meinung nach entstehen dieselben durch Herzfehler, sitzen besonders häufig am S romanum, dessen lockeres Gewebe der Bildung derselben naturgemäss Vorschub leistet. Ein längeres Bestehen derselben führt wieder zu acut-entzündlichen Zuständen der Darmschleimhaut, Entzündungen und Verwachsungen des Peritonemus in der Umgebung. — Ueber Darmverschluss berichtet Riese (Britz), der das Entstehen von Falten und Taschen des Bauchfellüberzuges auf entwickelungsgeschichtliche Vorgänge zurückführt, welch' erstere unter Einwirkung äusserer Umstände z. B. Heben schwerer Lasten zur Bildung innerer Hernien und Einklemmung derselben Veranlassung geben können. — Ludloff (Königsberg) berichtet über die Ursachen des Mastdarmprolapses und den Zusammenhang desselben mit chronischer Obstipation. Neuber (Kiel) demonstrirt einen von ihm angefertigten Apparat zur Klumpfussbehandlung und bespricht die Technik des Achillotomie. Er operirt nicht mehr subcutan, da er mehrfach erlebt hat, dass dann die Wiedervereinigung ausblieb, sondern offen. — Sprengel (Braunschweig) stellt einen operirten und nicht operirten Fall von Coxa vara (Schenkelhalsverbiegung) vor. In beiden Fällen war die Verbiegung auf eine Verletzung der Hüfte zurückzuführen. Sp. sieht mit Kocher in dem Leiden eine Lösung der Zwischenknorpelschicht zwischen Kopf und Hals des Femur. Die Funktionsstörung des Hüftgelenkes ist bei diesem Leiden meist recht beträchtlich und auch durch die Operation ist ein vollkommen normaler Gang wohl nie zu erzielen. — Kocher betont, dass dieses Leiden häufig im Anschluss an Verletzungen der Hüfte entsteht oder oft auch lediglich eine Belastungsdeformität darstellt, zu der nicht selten die Rhachitis Veranlassung giebt. — Bunge (Königsberg) berichtet über die Erfolge, welche an der Königsberger chirurg. Klinik mit der operativen Behandlung veralteter Ellenbogenluxationen erzielt worden sind. Durch ausgedehnte Freilegung des Gelenkinnern und Durchschneidung spannender hindernder Weichtheile gelang es, die Einrenkung zu erzielen. Absprengungen kleiner Knochentheilchen, Querbrüche und schiefe Verheilung des unteren Humerusendes fanden sich dabei häufig vor. Lange sorgfältige orthopädische Nachbehandlung, namentlich frühzeitige lange fortgesetzte Bewegung des Gelenkes verhindern neue Verwachsungen und ergeben gute funktionelle Resultate. — Gocht (Würzburg) bespricht an der Hand von aus Bluterfamilien stammenden Fällen die Behandlung der bei Hämophilen häufig vorkommenden Blutergüsse in den Gelenken mit orthopädischen Apparaten. — Hoffa demonstrirt eine Patientin mit habitueller Pa-

Digitized by Google

tellarluxation, die er davon befreit hat, indem er die Gelenkkapsel durch Faltenbildung und Naht verkürzte. — Franke (Braunschweig) beschreibt eine besondere Form von Knochenentzündung, bei welcher der Knochen durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt ist, in dessen Maschen sich noch abgestorbene Knochenstückchen finden. — Renvers (Berlin) spricht über die Operation der Blinddarmentzündung. Nach seiner Ansicht sind diejenigen Formen dieser Erkrankung, die im Gefolge von Infektionskrankheiten auftreten, sowie Geschwürsbildungen im proces. vermiformis einer spontanen Heilung fähig. Auch bei den acuten Entzündungen mit nicht eitrigem (serösem) Exsudat erzielt man bei geeigneter innerer Behandlung eine Rückbildung der Entzündung. Wenn bei Eis und Opiumbehandlung die Fiebererscheinungen binnen 5 Tagen nicht zurückgehen, wenn Eiterbildung auftritt, dann greift die Frage der Operation Platz. — Ewald (Berlin) berichtet über Fälle von Perityphlitis mit schleichenden Verlauf, die deutlich beweisen, dass interne Medicin und Chirurgie bei dieser Krankheit oft zusammen arbeiten müssen. — Sonnenburg (Berlin) verlangt, dass bei der Blinddarmentzündung dem Chirurgen gleich vom Beginn der Erkrankung an Gelegenheit zur Mitbeobachtung des Falles gegeben werde, damit auch dieser bei Bestimmung des Zeitpunktes des Eingriffes rechtzeitig mitzuwirken im Stande ist. Während des acuten Anfalls empfiehlt S. stets zu operiren, wenn die Erscheinungen nicht in wenigen Tagen schwinden. Der erkrankte proces. vermif. soll in der Regel mitentfernt werden, denn der Gefahr eines Recidives wird dadurch mit Sicherheit vorgebeugt, wenn allerdings auch die Gefahr des Eingriffes dadurch erhöht wird. — Riese (Berlin) berichtet über 2 Fälle von chronischer Blinddarmentzündung, bei denen der entzündliche Process den Harnleiter ergriffen hatte, wodurch eine Harnstauung im Nierenbecken zu Stande gekommen war. — Dührssen (Berlin) berichtet über das gleichzeitige Vorkommen von Blinddarmentzündung und verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen. — Kümell (Hamburg) bestätigt die günstige Prognose der Operation im anfallsfreien Stadium der Krankheit, die bei 150 operirten Patienten stets zur Heilung führte. — Aus der ausgedehnten weiteren Diskussion, an der sich Gussenbauer (Wien), Rotter (Berlin), Körte (Berlin), Karewski (Berlin), v. Eiselsberg (Königsberg), Rose (Berlin), Jordan (Heidelberg) und Sprengel (Braunschweig) betheiligen, geht u. A. besonders hervor, dass der radicale Standpunkt Sonnenburg's noch weit davon entfernt ist, allgemeine Anerkennung zu finden. — Mangoldt (Dresden) stellt Kranke vor, bei denen er schwere Strikturen und Defecte des Larynx durch Einpflanzen von Stücken aus den Rippenknorpeln geheilt hat. — Krause (Altona) und Garré (Rostock) besprechen die operativen Eingriffe zur Heilung schwerer Gesichts- und Occipital-Neuralgien. — Gerulanos (Greifswald), spricht über die Behandlung veralteter Empyeme durch plastische Operationen am Thorax. — Krause (Altona) berichtet über günstige Erfahrungen mit der Anwendung überhitzter Luft bei verschiedenen Formen von Gelenkentzündung, bei rheumatischen Gliederschmerzen und bei manchen Fällen von Gicht. — Bier (Greifswald) hat die überhitzte Luft bei chronischem Gelenkrheumatismus mit gutem Erfolge angewandt. Nach seiner Ansicht beruht die Heilwirkung überhitzter Luft auf der starken Blutstau-

Digitized by Google

ung, die in den überhitzten Körperabschnitten zu Stande kommt und hieraus erkläre sich auch die Thatsache, dass durch die Anwendung der von ihm angegebenen Methode der künstlichen Blutstauung sich ganz ähnliche Erfolge erzielen liessen. B. glaubt, dass beide Methoden sich wirksam zu unterstützen geeignet sind. — Braun (Altona) spricht über den Ersatz von Hautdefekten. Er hat durch mikroskopische Untersuchungen festgestellt, dass in den transplantirten Hautlappen alle specifischen Bestandtheile der Haut (Haare, Drüsen etc.) erhalten bleiben. So gelingt es z. B. bei Hautverlusten über den Augen durch Transplantation schmaler, der Kopfhaut entnommener Hautstreifen die verloren gegangenen Hautstreifen wieder zu ersetzen. Henle (Breslau) hat haarlose Stellen des Kopfes durch Einpflanzung behaarter Hautlappen beseitigt. — Aus der ausgedehnten Diskussion über die Nierenchirurgie heben wir Folgendes hervor: Krönlein hat eine Cystenniere, die man bisher als ein noli me tangere für chirurgische Eingriffe betrachtet hat, mit glücklichem Erfolge entfernt. — Küster (Marburg) bemerkt, dass er bei der Gefahr der Doppelseitigkeit der Erkrankung die Entfernung einer cystisch entarteten Niere nicht eher für zulässig erachtet, als nicht ein normaler Zustand der zweiten Niere mit Sicherheit konstatirt ist. — Jordan (Heidelberg) berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen durch Hautcarbunkel, Panaratien etc. Nierenabscesse und eitrige Entzündungen der Nierenfettkapsel entstanden waren. — Lauenstein (Hamburg) und Ringel (Hamburg) weisen auf die Bedeutung der Röntgenphotographie für die chirurgische Behandlung der Nierensteine hin. — Zondek (Berlin) beschreibt an der Hand sehr schöner Corrosionspräparate das arterielle Gefässsystem der Nieren und seine Bedeutung für die Nierenchirurgie. — Heidenhain (Worms) stellt einen Patient vor, der durch Verschlucken eines Knochens sich eine Verletzung des Oesophagus und Eiterung im hinteren Mediastinum zugezogen hatte und durch Operation geheilt worden ist. — Vulpius (Heidelberg) berichtet über seine günstigen Erfahrungen mit der Sehnenüberpflanzung bei Lähmungen und Krampfzuständen. Er hat bekanntlich durch Ueberpflanzung der Sehnen noch funktionsfähiger Muskeln in den gelähmten Gliedern eine gewisse Beweglichkeit herzustellen gesucht und auch erreicht. Selbst bei hochgradigen Lähmungen besonders der Kinder lässt sich noch eine gewisse Besserung erzielen. — Wörner (Gemünd) empfiehlt zur ambulatarischen Behandlung von Beinbrüchen die Celluloidverbände. — Francke (Braunschweig) bespricht einige chirurgische Nachkrankheiten der Influenza, wie die Knochenentzündungen, die Bänder- und Gelenkerkrankungen, die Blinddarmentzündungen, die acuten Glottisödeme, die momentane Erstickungsgefahr mit sich führen können. — Holländer (Berlin) spricht über Heissluftbehandlung des Lupus, Garré (Rostock) über erfolgreiche Ueberimpfung des Echinococcus vom Menschen auf Kaninchen, v. Eiselsberg (Königsberg) berichtet über die Operationstechnik zur Beseitigung der unter dem Namen Sanduhrmagen bekannten Mageneinschnürungen, die zu hochgradigen Störungen Veranlassung geben. S.

Digitized by Google

Referate.

Zur Schmierseifenbehandlung der tuberkulösen Lokalerkrankungen. Von Hoffa. (Münch. med. Wochenschr. 1899 No, 9.)

H. kann nach seinen Erfahrungen ein äusserst günstiges Urtheil über die Kollmann'sche Schmierseifenbehandlung der lokalen Tuberkulosen abgeben. Hauptsächlich hat er sie zur Allgemeinbehandlung bei Fällen von Spondylitis, Tuberkulosen des Hüft-, Knie-, Fuss- und Ellenbogengelenks, bei Drüsen- und Hauttuberkulose zu Hilfe genommen. Die übrigen Behandlungsmethoden dürfen dabei nicht vernachlässigt werden. Es ist aber wunderbar, wie die gleiche Behandlung mit und ohne Schmierseife andere Resultate ergiebt. Das Allgemeinbefinden und der Appetit des Patienten hebt sich rasch, die tuberkulösen Gelenkschwellungen bilden sich rascher zurück, die Fisteln schliessen sich schneller und Drüsenschwellungen gehen zurück.

Zu den Inunctionen eignet sich nur der in den Apotheken vorräthige Sapo kalin. venalis, welcher aus Leinöl und Liq. Kal. caust. crud. ohne Weingeist bereitet ist und stets etwas überschüssiges Kal. caust. und Kal. carbon. enthält, am besten der Sapo kalin venalis transparens (superfeine Oelseife). Hiervon werden 25—40 g wöchentlich 2—3 mal mittelst Schwammes oder der Flachhand abends eingerieben und zwar vom Nacken einschliesslich beginnend am Rücken und den Oberschenkeln und, wenn thunlich, den Oberschenkelbeugen entlang bis incl. zu beiden Kniekehlen. Ist eine Extremität in einem Verbande fixiert, so wird dieser während des Einreibens mit Guttaperchapapier vor dem Nasswerden beschützt. Bei Spondylitis zieht man eventuell das Korsett aus, legt die Kinder auf den Bauch, reibt dann ein und zieht das Korsett nachher wieder an. — Die Schmierseife bleibt $^1/_2$ Stunde liegen, nach dieser Zeit wird sie mittelst Schwammes und warmen Wassers wieder abgewaschen. Der Patient bleibt nach der Einreibung während der Nacht im Bett. Am anderen Tage kann er wieder herumgehen. Eine Regulierung oder Aenderung der Diät ist dabei nicht nöthig.

Schnell, Egeln.

Belladonna in der Behandlung der Broncho-Pneumonie bei Kindern. Von Coutts (The British. med. Journ. — Wien. med. Wochenschrift No. 15 1899).

C. wendet die Belladonna in grösseren Dosen an, um die Secretion der Bronchien zu mässigen und Respiration und Herzthätigkeit anzuregen; ob es sich um Säuglinge von einigen Wochen, oder Kinder von 6—7 Jahren handelt, immer giebt er 0.015 Extr. Belladonna, alle 3—4 Stunden. Einige Dosen des Mittels genügen in der Regel, um die Dyspnoe zu beseitigen, die Temperatur sinkt und in wenigen Tagen ist die Krankheit, die gewöhnlich mehrere Wochen dauert, geheilt. C. schliesst alle andern Mittel und Behandlungsmethoden dabei aus. Nur bei einigen Kindern hat die Belladonna leichte Delirien hervorgerufen, welche übrigens bei Verminderung der Dosis bald verschwanden, meist haben sich die toxischen Erscheinungen auf eine leichte Hautröthe und einen gewissen Grad von Reizbarkeit und Lebhaftigkeit beschränkt. Manchmal beobachtete man einen scarlatiniformen Ausschlag. Pupillenerweiterung zeigte sich viel seltener als die Hauthyperämie.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Die metallische Percussion zur Diagnose der Pleuritis bei Kindern. Von Paul Lamarque (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 15, 1899.)

Pitres in Bordeaux hat bekanntlich auf den Werth der metallischen Percussion für die Diagnose der Pleuritis bei Erwachsenen aufmerksam gemacht und unter den Namen „Münzensymptom" (signe du sou) die Veränderungen des Schalles und die praktische Bedeutung derselben beschrieben. In einer Dissertation der Fakultät zu Bordeaux bespricht nun L. die Anwendung dieses Symptoms zur Diagnose der Pleuritis der Kinder.

Die Technik der Untersuchung ist folgende: Man benützt zwei 10 Centimes-Stücke, von denen das eine als Plessimeter, das andere als Hammer dient. Man percutirt auf der Vorderseite des Thorax und auscultirt an der hinteren. Um vollständige Resultate zu erzielen, thut man gut, diametral entgegengesetzte Stellen zu percutiren und zu auscultiren. Hat man es aber mit einem grossen Ergusse zu thun, so kann man einfach in der Höhe der Warze percutiren und rückwärts in der ganzen Ausdehnung der percutirten Seite auscultiren. Wenn man mit Hilfe der zwei Münzen die Vorderseite des Thorax eines gesunden Individuums in der Höhe der Brustwarze percutirt, so nimmt das hinten horchende Ohr ein dumpfes Geräusch wahr, das eine metallische Resonanz besitzt und aus der Ferne zu kommen scheint.

In Fällen von reichlichem pleuritischem Ergusse wird dieses Geräusch hell, kurz, leicht metallisch und scheint unter den Ohren zu entstehen. Der Schall ist ähnlich dem, der entsteht, wenn man zwei Kupfermünzen in einer grossen Wassermasse aneinanderschlägt. Bei Erwachsenen ist das Münzensymptom zwar nicht pathognomisch für flüssige Exsudate, weil es sich auch durch die Leber und feste Tumoren im allgemeinen fortpflanzt, es hat aber unter Umständen einen grossen Werth, da es weder bei Pericarditis, noch bei Herzhypertrophie; noch bei Lungenerkrankungen, wie Pneumonie oder Tuberculose, vorkommt. Wenn das Symptom vorhanden ist, zeigt es die Höhe des Exsudates besser an als die Dämpfung. L. ist auf Grund seiner klinischen Beobachtungen und seiner Leichenversuche der Ansicht, dass das Münzensymptom bei Kindern von ebenso grossem diagnostischen Werthe ist wie bei Erwachsenen, zumal bei Kindern die Prüfung der Aegophonie und der Stimmvibration entfällt.

Von grossem Nutzen ist das Symptom in Fällen, in welchen die Dämpfung wenig ausgesprochen ist, oder wo trotz reichlichen Exsudates der stark ausgedehnte Thorax einen relativ so hellen Schall giebt, dass man keine oder doch nur sehr wenig Flüssigkeit anzunehmen geneigt ist.

Dr. Goldbaum-Wien.

Amaurose als Folgeerscheinung eines internen, chronisch acquirirten Hydrocephalus; Punktion der Seitenventrikel; Heilung. Von Grósz. (Gyennekgyógyaszat 1899, No. 1.)

Die Punktion der Seitenventrikel beim chronischen Hydrocephalus wurde schon in den ältesten Zeiten ausgeführt und trotz der mannichfachsten Misserfolge wird sie auch heute noch vereinzelt gemacht; doch scheinen sich die geheilten Fälle auf acquirirte und nicht auf angeborene Gehirnerkrankungen zu beziehen. Verf. glaubt diese Behauptung

Digitized by Google

auf Beobachtungen stützen zu können, welche in den letzteren Jahren von vielen Klinikern veröffentlicht wurden und beruft sich speciell auf Beck, der von der direkten Ventrikelpunktion beim acquirirten chronischen Hydrocephalus mehr hofft als von der Lumbalpunktion, welche nur als Nothbehelf angesehen werden müsse. Seit Wernicke im Jahre 1881 die Punktion der Seitenventrikel empfohlen hat, wird diese von vielen Aerzten mit dem besten Frfolg vollführt; auch G. hatte unlängst Gelegenheit einen Kranken zu beobachten und zu operiren, dessen Krankheitsverlauf nicht ohne Interesse ist.

Nach Angabe der Eltern erkrankte der zehnmonatliche Knabe sechs Wochen bevor er in das Kinderspital gebracht wurde, plötzlich; er bekam Fieber, hatte tonisch-klonische Zuckungen, war bewusstlos und konnte nur wenig gestillt werden. Während der Anfälle waren der Kopf und der Nacken stark nach hinten gebeugt. Dieser Zustand hielt einen Monat an, dann erholte sich der Kranke etwas, das Fieber fiel ab, er erkannte seine Umgebung, doch nahmen die Augen eine „Schiefstellung" an. Seit 5 Tagen bemerken die Eltern, dass ihr Kind nicht sieht.

Die ärztliche Untersuchung ergiebt, dass der Kopfumfang 48 cm beträgt; die grosse Fontanelle eine kleine Kinderhandfläche misst, gespannt und erhöht ist. Die Augen sind nach innen und unten gedreht; der Blick ist starr, die Pupillen mittelgross, starr, reagiren nicht. Der Augenhintergrund ist normal. Das Kind erkennt nicht die ihm vorgehaltenen Gegenstände, scheint aber das Licht zu suchen. G. nimmt als Ursache dieser Symptome einen internen chronisch acquirirten Hydrocephalus an, wahrscheinlich entstanden aus einer Meningitis cerebro-spinalis; nachdem mit Bestimmtheit eine Papillitis auszuschliessen ist, findet G. die Operation indicirt, die er auch am 14. Januar dieses Jahres an dem schwach narcotisirtem Kinde vollführte. Den Einstich machte G. rechts von der grossen Fontanelle, 3 ct. von der Mittellinie entfernt, 4 Cent. tief und entleerte 40 ccm. einer wasserhellen Flüssigkeit, worauf er dem Kinde einen Compressivverband anlegte. Unmittelbar nach der Punktion nahmen die Augenaxen eine beinahe normale Stellung an, einen Tag später reagirten auch die Pupillen, das Kind fixirte und greift nach den ihm vorgehaltenen Sachen. Nach Entfernung des Verbandes wölbt sich die grosse Fontanelle nicht hervor, doch reagiren die Pupillen etwas träge. Am 18. Januar zeigten sich wieder Schiefstellung der Augen und eine sehr mangelhafte Pupillenreaktion, was G. veranlasste, eine neuerliche Ventrikelpunktion zu machen. Diesmal sticht G. links ein und aspirirt 70 ccm. helle Flüssigkeit, das schwach narkotistirte Kind kollabirte und erholte sich erst auf Campherinjektionen. Am 31. Januar ist der Status folgender: Der Kopfumfang des Kindes ist um 0.5 cm weniger als bei der Spitalsaufnahme, doch kann ihn das Kind gerade frei halten; die grosse Fontanelle prominirt nur schwach und das Kind sieht gut.

Die Collapserscheinungen nach der Punktion führt G. auf die grössere Menge der entleerten Flüssigkeit zurück und empfiehlt auf ein Mal nur wenig zu aspiriren und zum Einstich zu greifen, sobald sich von Seiten des Gehirns Druckerscheinungen einstellen.

L. Bruck, Budapest.

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Ueber passive und aktive Bewegung des Kindes im ersten Lebensjahr. Von Schmidt (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XLIX. Heft 1.)

Sch. weist nach, dass das Warten der Kinder nicht nur nicht unnatürlich, sondern stets nützlich und den meisten Fällen geradezu nothwendig für dieselben ist. Unter Warten eines Kindes müssen wir diejenigen Manipulationen verstehen, welche den Zweck haben, erstens dem Kinde durch Lageveränderungen passive Bewegungen zu verschaffen, zweitens aber dasselbe, sobald es durch ein entsprechendes Alter dazu befähigt ist, auch zu activen Bewegungen anzuregen.

Eine Erregung der Sinnesorgane soll beim Warten nicht stattfinden, wenigstens nicht in den ersten $^3/_4$ Jahren. Also alles gellende Singen, Pfeifen, Trommeln, alle bunten und blendenden Lichteindrücke, Umheralbern, Kitzeln, heftiges Schwenken und Erschüttern, das beliebte ewige leise Schütteln des Kindes ist nicht zu erlauben. Das Sitzenlassen des Säuglings ohne Unterstützung des Rückens ist strenge zu verbieten, ebenso schädlich ist es, das Kind auf die Füsse zu stellen, bevor es das von selbst thut. Auch darf das Kind durch das Warten nicht ermattet werden, und das wie oft und wie lange ist nach Alter und Kräftezustand genau zu dosieren. Ferner soll das Kind nie nach einer Mahlzeit gewartet werden und darf auch keinen unvorsichtigen und langdauernden Abkühlungen dabei ausgesetzt sein.

Bei ganz kleinen Säuglingen von 1—3 Monaten verfährt man so, dass man das Kind vor jeder Mahlzeit zuerst 5, später 10—20 Minuten unter öfteren behutsamen Lagewechsel wohlbekleidet auf dem Arme trägt. Zeitweise Bauchlage dabei ist zur Erleichterung der Atmung sehr wohlthuend.

Ausserdem noch muss dem Kinde Gelegenheit gegeben werden mindestens dreimal täglich nach Entfernung alles beengenden Kleidungsstücke auf einem Polster liegend ungehindert seine Glieder nach Belieben zu dehnen und zu strecken. Auch hierbei soll oft Bauchlage eingenommen werden.

Schnell, Egeln.

Rezensionen.

Einunddreisigster medizinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern während der Jahre 1896/97 von Prof. Dr. M. Stoos. Bern, Schmid und Franke, 1898.

Von den schon seit Demmes Zeiten mit Interesse verfolgten Berichten über das Jenner'sche Kinderspital in Bern liegt der von dem jetzigen Leiter verfasste 31. vor, welcher sich auf die Jahre 1896 und 1897 erstreckt. Ausser den üblichen tabellarischen Uebersichten enthält er, wie seine Vorgänger, eine Anzahl interessanter casuistischer Mittheilungen. Die erste betrifft die Aetiologie der Chorea minor: Ein 13jähr. Mädchen ging an Chorea, welche sich seit 3 Wochen nach einem acuten Gelenkrheumatismus eingestellt hatte, zu Grunde. Die Sektion ergab frische Endocarditis, intensive Hyperämie der Hirnhäute

Digitized by Google

und der Hirnsubstanz. Die bakteriologische Untersuchung des intra vitam durch Aderlass gewonnenen Blutes fiel negativ aus. Post mortem angelegte Nährböden und Deckglastrockenpräparate aus Gehirn, Milz, Leber und Herz ergaben gleichfalls „mikroskopisch nichts Bestimmtes." Dagegen fanden sich in den aus dem Herzblute angelegten Culturen Streptococcenkolonien. Da die Entnahme des Blutes durch den Aderlass auf der Höhe der Erkrankung stattfand, so kann mit Sicherheit angenommen werden, dass die schwere Chorea nicht durch Bakteriaemie erzeugt wurde, dagegen neigt St. zu der Annahme, dass sie durch Streptococcentoxine bedingt war. Indem St. weitere 42 Choreafälle einer Kritik unterzieht, von denen 42 resp. 58 % in Beziehung zum Rheumatismus standen, kommt er zu folgenden Schlüssen: Die typische Chorea ist in der überwiegenden Zahl der Fälle in Beziehung zu einer infektiösen Noxe zu bringen. Die Noxe braucht nicht eine einheitliche zu sein. Rheumatismus in erster Linie, Infektionskrankheiten wie Scharlach, Masern, Influenza können Chorea hervorrufen. In einer Anzahl von Fällen dürfte es sich auch um Autoinfektionen oder Autointoxikationen handeln. Ohne eine „nervöse Prädisposition" ist das Auftreten der Chorea sehr selten.

Die 2. Mittheilung betrifft ein Kind von 6 Monaten, welche ohne nachweisbare Lues mit Icterus, Oedemen und Ascites erkrankt war und bei dem sich durch die Autopsie 1. Fehlen der Gallenblase; 2. Fehlen resp. Obliteration der Gallengänge; 3. vorgeschrittene Lebercirrhose gefunden hatte. St. stellt sich bei der Epicrise des Falls auf den Standpunkt, dass die congenitale Obliteration der Gallenwege auf einem Entwickelungsdefekte beruht und die Lebercirrhose sich sekundär entwickelt habe. Ueber die Verwendung von Tannigen und Tannalbin bei den Diarrhöen der Kinder fasst St. seine Erfahrungen im 3. Essay dahin zusammen, dass die Präparate besonders bei den Diarrhöen wirksam sind, deren acutes Stadium nicht in völlige Heilung übergehen will. In 2. Linie folgen die subacuten und chronischen Fälle, während acute Durchfälle zunächst am besten nicht mit diesen Adstringentien behandelt werden. Tannalbin erschien ihm noch zuverlässiger als Tannigen. Die zwei folgenden Artikel haben mehr epidemiologisches Interesse. In dem einen bespricht Autor eine Rubeolenepidemie, im zweiten eine influenzaartige Erkrankung unter den Kindern Bern's im Winter 1896/97, bei welcher zwar stets reichlich Pneumococcen, nie aber der Influenzabazillus Pfeiffers gefunden wurde. St. neigt infolgedessen der Filatow'schen Anschauung zu, nach der es eine epidemische und eine endemische Grippe bei Kindern giebt. Letztere, die eigentliche Kindergrippe lässt sich von echter Influenza klinisch trennen 1. durch das vorzugsweise Befallen von Kindern, 2. durch die Tendenz, mehr an einer Lokalität zu haften, 3. durch die gleichmässige und gutartige Erscheinungsform, 4. durch das Ausbleiben der mannigfachen Influenzakomplikationen und 5. durch den bakteriologischen Befund. Der vorletzte Abschnitt behandelt das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- resp. Pseudodiphtheriebazillen bei gewöhnlichem Schnupfen des Kindes. In 72 von 75 darauf untersuchten Fällen wurde durch die Kultur ein dem Diphtheriebacillus entsprechender Mikroorganismus gefunden. Durch diesen Befund erwachsen der Diagnose von Nasendiphtherie namentlich bei Säug-

Digitized by Google

liegen neue, ungeahnte Schwierigkeiten, die wohl nur durch die Prüfung der Bazillen auf ihre Virulenz zur Zeit beseitigt werden können. Als letzten Fall beschreibt St. einen behaarten Polyp des Rachens bei einem 6monatlichen Kinde, der mit Erfolg operativ entfernt wurde. C. Baron, Dresden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Anmerkungen zur Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform. Von M. Cohn. Für die Inkonstanz der Bromoformwirkung in einzelnen Fällen, in einzelnen Epidemien findet Verf. eine Erklärung vielleicht darin, dass der Keuchhusten möglichenfalls in einer Reihe von Fällen durch einen anderen Organismus als den von Ritter gefundenen Bacillus ausgelöst wird. Bisweilen mag auch eine Mischinfektion vorliegen, konnte doch Ritter selbst nicht in allen Fällen den Erreger züchten. — Zur Vermeidung von Vergiftungserscheinungen empfiehlt Verf. eine Emulsion, welche tagelang sich hält ohne Ausscheidung von Bromoform, vorausgesetzt, dass bei der Herstellung die Vorschrift genau befolgt wird. Bromoform 0,5—2,0 wird in gleicher Menge wasserfreien Alkohols gelöst, um einen Verlust an Bromoform durch Haften am Gefäss zu verhindern. In 3—6 Intervallen trockene Verreibung mit 5,0—20,0 Gummi arabic., langsamer Zusatz von Wasser und Bereitung eines dicken Schleims, allmähliches Zugiessen von 100,0 Wasser und 20,0 Sirup. Cort. Aurant. Die Zubereitung muss möglichst schnell geschehen, um Verflüchtigung des Bromoforms zu vermeiden. Selbst wenn ein Gebrauch der Medicin für längere Zeit nothwendig ist, empfiehlt sich nicht die Anfertigung grösserer Mengen auf einmal, weil durch das häufige Oeffnen der Flasche der Inhalt an Bromoformgehalt zu verlieren scheint. (Therap. Monatschr. 99). v. Boltenstern, Bremen.

— Zu den periodischen Schwankungen der Infektionskrankheiten (Diphtherie, Beri-beri). Von J. H. F. Kohlbrugge. Einen Analogiebeweis zu der Behauptung, dsss die Abnahme der Diphtheristerblichkeit nicht dem Serum, sondern der periodischen Abnahme der Krankheit zuzuschreiben ist, wie sie aus meist unbekannten Gründen häufig im Laufe der Jahrhunderte bei allen Infektionskrankheiten beobachtet worden ist, bringt Verf. in den Erfahrungen bei Beri-beri auf Java. Das Diagramm, welches die Erkrankungen im Heere von 1873 bis 1897 berücksichtigt, zeigt, dass die Beri-beri unter den Europäern bis 1884 ziemlich gleichmässig sich hielt, dann plötzlich anstieg, um von 1888 an wieder zu sinken, aber immer noch höher zu bleiben, als vor 1884. Erst 1896 sinkt die Kurve ein wenig, 1897 gauz plötzlich in stärkerem Maase und noch mehr 1898. Diese Abnahme trat ein, ohne dass die Pläne, welche zur Desinfektion, zur prophylaktisch-diätetischen Behandlung, zur schnellen Evacuation Erkrankter ins Gebirge gemacht waren, zur Ausführung und Wirkung gelangt waren. Die Abnahme ist jetzt so bedeutend, dass einem 1898 im Gebirge errichteten Sanatorium für europäische Beri-berikranke fast die Patienten fehlen. Zwischen der Kurve der Europäer und Asiaten besteht ein erheblicher Unterschied, weniger, weil letztere weit häufiger erkranken, sondern weil die Zahl der Erkrankungen unter ihnen weit früher den Anstieg, viel später die Ab-

Digitized by Google

nahme zeigte. Die Europäer wurden erst ergriffen, als die unbekannten Faktoren, welche die Zunahme der Krankheit bedingten, ihren Höhepunkt erreicht hatten. (Therap. Monatsschr. 99).

v. Boltenstern, Bremen.

2 Fälle von Leberhydatidencyste bei Kindern. Von Audion. Beide Fälle, ein 13jähriges Mädchen und ein 9jähriger Knabe, zeigten das pathognomonische Symptom des Hydatidenschwirrens in ausgesprochener Weise; jedoch enthielt die eine Cyste nur zwei kleine Blasen sekundärer Generation, die andere aber eine beträchtllche Anzahl von Trichterblasen jeder Dimension, in beiden Fällen enthielt die Cyste die beträchtliche Menge vonüber 1 Liter Flüssigkeit. In beiden Fällen erfolgte die Heilung nach der Operation vollständig. Verf. kommt bei der Besprechung der Pathogenese des Hydatidenschwirrens nach Aufzählung der verschiedentlich seit dem Entdeckungsjahr des Phänomens 1813 aufgestellten Theorien zu dem Schlusse, dass eine Reihe von Bedingungen sich vereinigen müssen, um dessen Zustandekommen zu bewirken: genügende Dünne der Wände, beträchtliches Volumen, oberflächliche Lage der Cyste, dünnflüssige Beschaffenheit der Cysten und mittlere Spannung derselben. Wegen dieser zahlreichen Bedingungen wird das Phänomen nur selten am Krankenbett beobachtet. Klautsch-Halle a. S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Beta-Naphthol. 4,0
Camphor.
Glycerin aa. 16,0
MDS. Tonsillen und Rachen mehreremale tgl. zu bepinseln.
Scarlatina.
(Med. News.)

Rp.
Ol. Jecor. flav. 150,0
Ol. Eucalypt. aeth. gtt. II.
DS. aromatischer, geschmackloser Leberthran.
(Duquesnel.)

Rp.
Zinc. oxydat. 4,0
Acid. carbol. 0,6
Vaselin alb. 30,0
Mf. ungt. DS. zur Tamponbehandlung.
Otitis externa furunculosa.
(Lamann.)

Rp.
Berberin. sulfur. solubil. 2,0
Tct. Chin. compos. 15,0
Tct. Aurant. Cort. 2,0
Syr. simpl. 18,0
MDS. 5 stdl. 1 Kaffeel.
Leucämie u. Pseudoleucämie.
(Litten.)

Rp.
Difluordiphenyl. 1,0
Adip. lan. anhydr. 17,0
Ungt. Vasel. 2,0
Mf. ungt. DS. äusserlich (= Antitussin).
Keuchhusten, Hals- u. Rachen-Krankheiten.
(Mercks Jahresbr. f. 1898.)

Rp.
Fluorxylol. 0,2
Difluordiphenyl. 0,8
Adip. lan. anhydric. 17,0
Ungt. Vaselin. 2,0
Mf. ungt. DS. äusserlich (= Epidermin).
Decubitus, Brandwunden.
(Ibid.)

Druck von Hermann Schmidt, Leipzig-Schönefeld.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Juli 1899.** **Heft 7.**

Inhalt: Originalien: **Vulpius,** Die Orthopädisch-Chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung, 145. — **Vollmer,** Der Tuberkulose-Congress in Berlin und seine Bedeutung für die Bekämpfung der Skrofulose und infantilen Tuberkulöse 149. — Referate: **Jaques,** Ueber Intubation des Kehlkopfes in der Privatpraxis, 152. — **Singer,** Ueber psychische Taubheit, 152. — **Bertrand,** La paralyse douloureuse des jeunes enfants, 154. — **Kolisko,** Versuche mit Backhaus'scher Kindermilch, 154. — **Lange,** Ueber Myxoedem im frühen Kindesalter, 155. — **Cassel,** Ueber Euchinin gegen Tussis convulsiva, 156. — **Leo,** Ueber den therapeutischen Wert des Heroins, 156. — **Holtkamp,** Weitere Mitteilungen über therapeutische Versuche mit Heroin, 157. — **Voit,** Ueber den Wert des Albumosen und Peptone für die Ernährung, 158. — **Horn,** Ueber Nabelschnurbehandlung des Neugeborenen, 160. — **Schilling,** Ueber methodische unblutige Erweiterung des Phimosis kleiner Knaben, 160. — Gesundheitspflege: **Petruschky,** Schulhygiene und Schularztfrage, 161. — **Höpfner,** Ausstattung und Einrichtung der Schulen und Schulräume nach den Anforderuugen der Neuzeit. 162. — Rezensionen: **Knapp.** Der Scheintod der Neugeborenen, 163. — **Ritter,** Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf allgemeine Erkrankungen, 163. — **Lindner,** Aus dem Naturgarten der Kindersprache, 165. — **Gillet,** Formulaire d'hygiène infantile collective, hygiène de l'enfant à l'école, à la crèche et à l'hopital, 165. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 166. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 167. — Kleine Mittheilungen, 168.

Aus der Vulpius'schen Orthopädisch-Chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

Die Orthopädisch-Chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung.*)

Von Privatdocent Dr. Oscar Vulpius (Heidelberg).

In raschem Ansturm wurde die traditionelle Therapie auf einem Gebiet der Orthopädie nach dem andern umgestürzt, durch neue, leistungsfähigere Methoden ersetzt. Dem Kapitel der Lähmungen wendet sich neuestens erst das Interesse zu, weshalb ich in kurzem hier schildern möchte, was die moderne Orthopädie gegen die häufigste Form der Lähmung, die sogen. spinale Kinderlähmung zu leisten sich bemüht, auf welche Weise und mit welchem Erfolge vorgegangen wird.

Nur eben erwähnen möchte ich die Wichtigkeit prophylaktischer orthopädischer Behandlung: Massage und Gymnastik, namentlich auch neuerdings die Uebungstherapie, möglichst bald nach Eintritt der Lähmung einsetzend, müssen die paretischen Muskeln kräftigen, so lange bis

*) Nach e. auf d. mittelrhein. Aerztetag in Hanau 1899 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

deren definitives Schicksal als besiegelt zu betrachten ist. Einfache Schienen, zweckmässige Lagerung der Gelenke vermögen das Eintreten von Kontrakturen hintanzuhalten.

Nach längstens 1 Jahr ist der Zustand hinsichtlich der Muskelwiederherstellung als abgechlossen zu betrachten, und eine doppelte Aufgabe liegt nun klar vor uns: Einmal gilt es, den Funktionsdefekt auszugleichen, zweitens sekundäre Deformitäten zu beseitigen und ihren Wiedereintritt zu verhüten.

Wichtiger ist es natürlich, aber auch weit schwieriger — den ersten Teil der Aufgabe möglichst vollkommen zu erledigen, denn in dem Funktionsverlust, einerlei ob derselbe ein totaler oder partieller ist, steckt die Ursache der Deformität und ihres Rezidivs.

Es gilt also zu untersuchen, in wie weit unsere verschiedenen Heilverfahren diesem Postulat der Funktionswiederherstellung gerecht werden können, um hieraus ihren Wert zu erkennen, ihre Indikationen abzuleiten.

Die Apparatbehandlung ist das älteste Verfahren, um den ihrer muskulären Fixation verlustig gegangenen Gelenken die Gebrauchsfähigkeit wiederzugeben. Die mechanische Therapie hat sehr erhebliche Fortschritte gemacht, welche den Apparaten erhöhte Bedeutung zu verschaffen geeignet waren. Und zwar ist es das Prinzip der Modellhülse, welchem dieser Fortschritt zu verdanken ist. Indem wir den Apparat nicht mehr mit einschneidenden Gurten, sondern mit exakt den Kontouren der Extremität angepassten Hülsen am Körper befestigen, sichern wir ihm festen Sitz, zuverlässige Wirkung, geringe Schädigung des Blutumlaufs, der Muskelernährung. Ein derart konstruierter Apparat vermag sehr wohl ein gelähmtes Bein so zu stützen, dass es seine Aufgabe als Lokomotionsorgan wieder erfüllt, er vermag auch bis zu einem gewissen Grad sekundäre Deformität zu verhüten.

Aber frei von Nachteilen und Unannehmlichkeiten ist auch der beste Apparat nicht: Auch unter einer Hülse sehen wir die Extremität abmagern, wenn gleich nicht in so erschreckender und oft schmerzlicher Weise wie im alten Gurtapparat. An einer bereits paretischen Extremität aber bedeutet auch eine kleine Einbusse an Muskelmenge, die durch unsere Therapie zu stande kommt, einen bedeutenden Verlust. Der Apparat bedingt ferner eine Beschwerung der vermindert leistungsfähigen Extremität, und je leichter wir den Apparat konstruieren, um so weniger solide muss er gearbeitet sein, um so mehr wird er für den Träger eine Quelle dauernden Verdrusses und dauernder Kosten. Endlich aber wirkt ein solcher Apparat als Stütze nur auf Kosten der Gelenkigkeit. Wir dürfen die Gelenkscharniere nur in kleinen Grenzen beweglich machen, auch wenn wir in Gestalt von Gummizügen künstliche Muskeln herzustellen uns bemühen. Mehrachsige Gelenke sind vollends unmöglich anzubringen.

Nach all dem Gesagten sind also die Apparate wohl im stande, namentlich in ihrer modernen Gestalt, einen Ersatz für einzelne wichtige Funktionen zu liefern, nicht aber die Wiederherstellung der ursprünglichen Funktion auch nur annähernd zu erzielen.

Dabei haften ihnen Nachteile an, die sich im Laufe der Zeit immer fühlbarer machen und leider nicht zu beseitigen sind.

Handelt es sich gar bereits um sekundäre Kontraktur, so ist der

Digitized by Google

Apparat fast wertlos, da ein solcher wohl eine günstige Gelenkstellung festzuhalten, aber nicht zu erzwingen vermag. Hier kommt vielmehr die gewaltsame Dehnung der verkürzten Weichteile, die subkutane oder offene Durchtrennung von Muskeln, Sehnen, Fascien in Betracht.

Behandeln wir nicht mit Verbänden und Apparaten nach, so ist das Rezidiv sicher zu erwarten. Lässt sich auch durch die Beseitigung eines paralytischen Klumpfusses, einer Kniekontraktur der Wert des Beines als Stütze erhöhen, so hat doch das Redressement und die Weichteildurchschneidung für die Wiederherstellung der Funktion im eigentlichen Sinne keine Bedeutung.

Ja, diese durchaus berechtigten und nötigen Eingriffe können durch Ueberdehnung der Gelenkkapsel- und Bänder zur Erschlaffung der Gelenke, durch die Verwundung von Sehnen und Muskeln — bei teilweiser Lähmung sind ja gerade die gesunden Muskeln der Sitz der Kontraktur — zur weiteren Schwächung Veranlassung geben.

Da die orthopädischen Apparate, wie oben ausgeführt wurde, ihre Wirkung bei der spinalen Kinderlähmung der Gelenkfeststellung verdanken, so lag der Gedanke nahe, die Gelenke zu versteifen durch eine Operation, wodurch die mit dem Tragen eines Apparates verbundenen Nachteile vermieden werden.

Die Arthrodese, eine sehr schonend ausgeführte Resektion, wurde an einer Reihe von Gelenken erprobt, teils zur Beseitigung von Schlottergelenken, teils zur Verhütung der Rezidivs redressierter Deformitäten. Strenge Asepsis macht den Eingriff ungefährlich, schwächt aber auch seine Wirksamkeit, indem die reizlose Heilung die Ankylosirung oft nur unvollständig zu stande kommen lässt. Dadurch wird nicht nur die Stützfunktion des operierten Beines beeinträchtigt, sondern zugleich der Grund gelegt zu einer späteren Kontraktur. Ob man diese häufige nachträgliche Störung des Resultates durch Drahtnaht oder Nagelung stets vermeiden kann, erscheint zweifelhaft.

Jedenfalls ist eine Sicherung der guten Stellung durch eine einfache Hülse angezeigt, sodass wir zunächst auch nicht weiter sind als bei einfacher Apparatbehandlung, dagegen ein an sich gesundes Gelenk für immer zerstört haben.

Weit entfernt sind wir gewiss von einer Wiederherstellung der Funktion geblieben, wir haben eigentlich nur einen pathologischen Zustand durch einen anderen ersetzt. Dafür hat aber die Arthrodese vor der Apparatbehandlung mancherlei voraus, es fallen namentlich alle Cirkulationsstörungen weg, man sieht oft energischeres Wachstum vom Zeitpunkt der Operation an eintreten. Mit diesen Ausführungen soll die Arthrodese nicht verurteilt, aber auf ein wohlüberlegt beschränktes Gebiet eingeengt werden.

Wirklich rationell im Sinn der Funktions-Wiederherstellung ist nun die Sehnenüberpflanzung, welche die gelähmten Muskeln durch gesunde Muskeln oder Teile derselben zu ersetzen sucht. Unter dem Schutz strengster Asepsis können wir Sehnen und Muskeln ausgiebig freilegen und nun nach Feststellung des von Fall zu Fall verschiedenen Operationsplanes die Verteilung und Verlagerung, die Verflechtung und Vernähung von Sehnen vornehmen.

Auf Einzelheiten der Technik kann hier nicht eingegangen werden. Dagegen sei darauf hingewiesen, dass auch totale Lähmung der Ueber-

Digitized by Google

pflanzung kombiniert mit Sehnenverkürzung sich zugänglich zeigt, indem ein Zustand von tendinöser Fixation des betr. Gelenkes erzeugt werden kann.

Handelt es sich bereits um Kontrakturen, Deformitäten, so muss deren Beseitigung durch Redressement, Tenotomie natürlich der Transplantation vorangehen. Unter dem Einfluss der durch Ueberpflanzung wiedergewonnenen normalen oder der Norm mehr weniger sich nähernden Funktion erwarten wir dann die Umbildung der deformierten Knochen.

Von unserem Standpunkt aus beurteilt kann aber ein Zweifel nicht bestehen, das die merkwürdigerweise erst in der allerjüngsten Zeit bekannt gewordene und häufiger geübte — ich selbst verfüge über 85 eigene Operationen — Sehnenüberpflanzung die vorzüglichste Behandlungsmethode der spinalen Kinderlähmung darstellt.

Wir wollen nun die Anwendung der verschiedenen Methoden an den einzelnen Gelenken kurz besprechen.

Am Schultergelenk kommt es bekanntlich in Anschluss an die Lähmung zu einer Subluxation des Humeruskopfes. Unter der Voraussetzung, dass die Schultergürtelmuskulatur gesund geblieben ist, können wir durch die Arthrodese und nur durch diese die Subluxation beseitigen, den Kopf an der Cavitas glenoidalis und am Acromion befestigen und dadurch eine Einwirkung der Schultergürtelmuskeln auf den Arm erzielen. Hier ist die Arthrodese die einzig erfolgreiche Methode, es ist zu verwundern, dass sie nicht für das Schultergelenk mehr empfohlen und in Anwendung gezogen worden ist.

Am Ellbogengelenk ist der Versteifung durch Operation entschieden diejenige durch einen kleinen Hülsenapparat vorzuziehen, der die Feststellung des Gelenkes in beliebigem Winkel gestattet je nach der Art der Beschäftigung.

Für das Handgelenk ist weniger aktive Beweglichkeit als günstige Stellung von Wichtigkeit, nämlich eine mässige Dorsalflexion, welche vermehrte Kraft des Faustschlusses gestattet. Diese Position lässt sich sehr gut durch Ueberpflanzung und Verkürzung von Sehnen erzeugen, so dass bei Radialislähmung die Transplantation die Operation der Wahl darstellt.

Bei partieller Lähmung von Flexoren und Extensoren der Fingergelenke ermöglicht die gleiche Operation Ersatz von gesunden Nachbarsehnen her in ausserordentlich viel vollkommenerer Weise als kompliziert gebaute Apparate.

An der unteren Extremität giebt die spinale Kinderlähmung dem Orthopäden häufiger Gelegenheit zum Eingreifen als am Arm.

Die Lähmung des Hüftgelenkes bedingt nicht so erhebliche Störungen, wie man erwarten möchte. Das Bein ist doch als Stütze zu gebrauchen, es kann pendelnd vorgesetzt werden.

Ein Apparat verschlechtert gewöhnlich das Gehen, indem er die Schleuderbewegung des Rumpfes hemmt. Die operative Versteifung der Hüfte schafft ebenfalls einen höchst lästigen Zustand. Nur starke Kontrakturen oder die seltene paralytische Luxation lassen also hier einen Eingriff gerechtfertigt erscheinen.

Das Gleiche gilt für das Kniegelenk, das durch eine minimale Ueberstreckung trotz kompleter Lähmung seiner Muskeln eine sichere

Digitized by Google

Stütze bilden kann. Bei hochgradiger Kapselerschlaffung bildet sich allerdings bisweilen ein übermässig starkes genu recurvatum aus.

Dieser Zustand sowie die dauernde Neigung zu Beugekontraktur in Folge erheblicher Kraft in den Flexoren kompleter Lähmung des Quadriceps rechtfertigt die Arthrodese. Ueber den Wert der Ueberpflanzung auf den letztgenannten Muskel sind die Erfahrungen noch nicht genügend gross.

Für das Sprunggelenk endlich ist die Transplantation das beste Verfahren, das gerade hier die schönsten Erfolge zeitigt. Auch bei kompleter Lähmung hat die Sehnenoperation vor der Arthrodese mancherlei voraus. Wir werden also nur zu wählen haben zwischen ihr und, falls eine Operation verweigert wird, dem artikulierten Hülsenapparat mit beschränkter Beweglichkeit.

Schliesslich seien noch kurz die orthopädischen Hülfsmittel erwähnt, welche die oft erheblichen Wachstumsverkürzung an der unteren Extremität auszugleichen vermögen. Abgesehen von der schiefen Osteotomie, die hier kaum in Betracht kommt, ist es der künstliche Spitzfuss, der eine Verlängerung des Beins bis um 10 cm. erzeugen kann.

Diese Stellung des Fusses kann entweder durch Operation, durch die Keilresektion mit hinterer Basis aus der Fusswurzel nach Wladimiroff-Mikulicz herbeigeführt werden oder durch einen geschickt gearbeiteten Doppelstiefel, der auch kosmetisch Vorzügliches leistet, indem der Ueberschuh durchaus normale Fussverhältnisse vortauscht.

Die kurze Skizze dürfte wohl zeigen, dass auch auf dem Gebiet der spinalen Kinderlähmung moderne Bestrebungen vorhanden sind, welche Erfolge bereits gegeben haben und weitere in Aussicht stellen.

Der Tuberkulose-Congress in Berlin und seine Bedeutung für die Bekämpfung der Skrofulose und infantilen Tuberkulose.

Von Dr. E. Vollmer (Bad Kreuznach).

Wer Gelegenheit gehabt hat, dem im Mai dieses Jahres in Berlin abgehaltenen Congresse zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit beizuwohnen, wird sich wohl der Empfindung nicht haben verschliessen können, dass derselbe eine grossartige Kundgebung socialer Hygiene war. Es gipfelten alle Verhandlungen nicht in theoretischen Erwägungen, sondern überall wurde in erster Linie die praktische Frage gestellt: Wie ist der grossen Not der Tuberkulose beizukommen, wie können die Leiden der ausgebrochenen Krankheit gelindert, wie kann dieselbe gänzlich verhütet werden?

Es ist nun in hohem Grade erfreulich, dass die Verhandlungen sich nicht bloss auf die Fürsorge für die Erwachsenen erstreckt haben, sondern dass auch bei dieser Gelegenheit wieder von hervorragender und autoritativer Seite betont worden ist, dass die Prophylaxe in der Jugend zu beginnen hat und dass vor allem die Kinder vor der Gefahr tuberkulös infiziert zu werden, geschützt werden sollen. Nun ist ja ge-

Digitized by Google

wiss die Entfernung etwa tuberkulös erkrankter Familienväter oder erwachsener Brüder aus der Familie und ihre Unterbringung in den Volksheilstätten für Lungenkranke, deren ja nun im deutschen Reiche aller Orten entstehen sollen, auch eine Maassregel, die die Kinder einer solchen Familie vor der Erkrankung schützt. Aber das ist ein Schutz vor der Infektion. Wie steht es um die Fürsorge für die erkrankten Kinder?

Diese hochwichtige Frage auch würdig behandelt zu haben, ist ein grosses Verdienst des Congresses. Es handelt sich bei der beabsichtigten Fürsorge für tuberkulös Erkrankte ja immer um die weniger Bemittelten und der ganze Zweck des Congresses war der, gerade diesen die Behandlungsweise, die den Bemittelten in den grossen Lungen-Sanatorien schon lange möglich ist, zu erschliessen. Das Heil und die einzige Möglichkeit der vorgerückten Phthise beizukommen, liegt ja in der Behandlungsmethode. Das aber gilt in derselben Weise für die infantile Tuberkulose und für die Skrofulose, die ja, wenn nicht in allen Fällen als identisch, doch immer als eine Vorstufe zu der Phthise angesehen werden muss. Es hat sich nun im Laufe der letzten Jahrzehnte herausgestellt, dass die beste Behandlung der infantilen leichten Lymphdrüsentuberkulose und der zahlreichen skrofulösen Hautausschläge die Sool- und Seebäderkur ist und die Humanität hat schon längst den Kindern der social schwächeren Klassen die Möglichkeit erschlossen, der Wohlthaten der Sool- und Seebäder teilhaftig zu werden. Gegenüber der Aufforderung über ganz Deutschland ein möglichst engmaschiges Netz von Lungenheilstätten zu errichten, konnten die Vertreter der Sool- und Seebäder, Geheimrat Prof. Dr. Ewald, Prof. Baginsky und Sanitätsrat Dr. Salomon, die Delegierten des Vereins zur Gründung von Kinder-Heil-Stätten an den deutschen Seeküsten und der Schreiber dieser Zeilen als Vertreter der Kinder-Heil-Stätten in den deutschen Soolbädern und als Delegierter der balneologischen Gesellschaft zu Berlin mit freudiger Genugthuung hervorheben, dass ein solches Netz von Kinder-Heil-Stätten schon existiert, und dass dieser Teil der socialen Fürsorge nur in demselben Sinne weiter gepflegt, aber nicht neu in's Auge gefasst zu werden braucht. Die Kinder-Heil-Stätten in den deutschen Sool- und Seebädern können vermehrt werden, dieselben können ausgebaut, brauchen aber nicht mehr gegründet zu werden. Jede Provinz Preussens und fast jeder Bundesstaat des deutschen Reiches hat eine Kinder-Heil-Stätte für Skrofulöse. Der Anfang dieser segensreichen Bewegung zur Gründung von Kinder-Heil-Stätten ist in England zu suchen und das erste Institut dieser Art war das Kinder-Hospital in Margate, gegründet 1796. In Deutschland war der Begründer ähnlicher Anstalten Dr. Werner in Jagstfeld. Das grösste und am besten eingerichtete Institut besitzt Bad Kreuznach in dem unter dem Protektorate Ihrer Majestät der Kaiserin Friedrich stehenden Viktoria-Stift. Andere Institute sind in Elmen, Nauheim, Dürkheim, Salzdetfurth, Sassendorf, Kolberg, Norderney, Kissingen, Soden a/d. W., kurz in fast allen grösseren Sool- und Seebädern.

Es seien hier noch einige der bemerkenswertesten Thesen, die die Frage der Kinder-Heil-Stätten behandeln, mitgeteilt. Von Geheimrat Prof. Dr. Ewald:

1) Die Kinder-Heil-Stätten bieten die wirksamste Prophylaxe bei den zu Tuberkulose disponierenden Schwäche- und Krankheitszuständen des jugendlicheu Alters.

Digitized by Google

2) Sie erweisen sich erfolgreich bis zu vollständiger Heilung bei der beginnenden Tuberkulose der inneren Organe, vor allem der Atmungswerkzeuge und bei allen äusseren Localisationen.

3) Die Erfolge sind gleich günstige im Sommer und im Winter und wachsen mit der Dauer des Aufenthaltes.

4) Es ist deshalb in hohem Maasse wünschenswert, dass die Kurperioden, welche bisher im Allgemeinen die Dauer von 6 Wochen nicht überschritten haben, verlängert werden und möglichst unbeschränkt sind. Besonders sollten die Winterkuren im höherem Maasse wie bisher benutzt werden.

Von Prof. Dr. Baginsky:

1) Bei der Tuberkulose der Kinder spielt Infektion durch Contact eine nahezu ebenso grosse Rolle, wie diejenige durch Einatmung; daher ist bei den zutreffenden Einrichtungen der Reinhaltung der Kinder und ihrer Umgebung besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

2) Die Kindertuberkulose ist heilbar. Deshalb ist bei der Behandlung tuberkulöser Kinder nicht auf die Wiederherstellung einer gewissen momentanen Leistungsfähigkeit, sondern auf eine möglichst vollkommene Heilung bedacht zu nehmen. Zu diesem Zwecke ist der Aufenthalt der Kinder in Heilstätten im Allgemeinen auf längere Zeit auszudehnen.

3) Deshalb ist es zweckmässig im Anschluss an die Heilstätten Einrichtungen für einen gesundheitlich gestalteten, dem Heilplan sich anfügenden Schulunterricht zu treffen.

Von Dr. E. Vollmer als Schlusssätze eines Vortrages über die in Sool- und Seebädern bestehenden Kinder-Heil-Stätten und ihre Bedeutung im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit:

1) Die in den Sool- und Seebädern bestehenden Kinder-Heil-Anstalten sind die ersten Institute, durch die sich erwiesen hat, dass der Kampf gegen Tuberkulose und Skrofulose nur in geschlossenen Anstalten mit Erfolg zu führen ist.

2) Die in 48 deutschen Badeorten bestehenden Kinder-Heil-Stätten dienen der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, weil der Aufenthalt in ihnen für die weniger Bemittelten berechnet ist.

3) Der Kampf gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit würde ein unvollständiger bleiben, wenn man einseitig die Tuberkulose der Erwachsenen zu heilen und nicht vielmehr die Disposition im frühsten Alter günstig zu beeinflussen sich bemühen würde. Dieses Ziel aber verfolgen die Kinder-Heil-Stätten.

Aus diesen Thesen geht zur Genüge hervor, in welcher Richtung sich die Bewegung für die Kinder-Heil-Stätten auszudehnen hat. Diese Fürsorge für die skrofulösen und skrofulo-tuberkulösen Kinder kann nicht hoch genug angeschlagen werden und mit weit grösserem Rechte als die moderne Hygiene in den oberen Gesellschaftklassen aller Art von Sport begünstigt, muss sie Heil-Stätten fordern für die im Sumpfe mangelhafter Pflege erstickenden, tuberkulös erkrankten Kinder des Volkes. An der Kinder-Heil-Stättenbewegung sollte jeder Arzt mitarbeiten, vornehmlich aber die Schulärzte, die das geeignete Material aus der Masse der Kinder aussuchen müssen.

Digitized by Google

Referate.

Ueber Intubation des Kehlkopfes in der Privatpraxis. Von Jaques. (Wiener med. Blätter No. 19, 1899.)

Die Intubation wurde bisher als nur für Spitalspraxis geeignet angesehen, da die Verstopfung des Tubus und das Aushusten desselben eine fortwährende Ueberwachung erforderten. Erstere tritt aber nach den Erfahrungen des Verf. selten ein; tritt eine plötzliche und vollständige Verstopfung ein, so wird das Kind unruhig und bewirkt durch reflektorische Hustenstösse entweder das Aushusten von Membranen oder häufig auch die Expectoration des Tubus. Um diesen Erfolg zu erleichtern, soll man das Kind gegen den Rand des Bettes so neigen, dass der Kopf in eine tiefere Lage kommt. Auch die Verstopfung des Tubus bezw. das Herabstossen von Membranen während der Einführung des Tubus kommt selten vor. J. beobachtete es unter 90 Fällen 5 mal. Das Aushusten des Tubus ist ein ziemlich häufiger Zufall (in 20% der Fälle). Er empfiehlt, bei Larynxstenose einen dem Alter und der Entwicklung des Kranken angemessenen Tubus zu wählen, denselben sogleich schonend einzuführen und den Faden zu entfernen, bevor man den Kranken verlässt. Der Tubus muss bis zu dem Momente liegen bleiben, wo man annehmen kann, dass die Stenose schon nachgelassen hat. —

Dr. Goldbaum, Wien.

Ueber psychische Taubheit. Von Singer. (Demonstration in der österreichischen otologischen Gesellschaft. Nach einem Referate in der Wiener medicinischen Wochenschrift No. 17, 1899.)

In der österreichischen otologischen Gesellschaft stellte S. ein 4jähriges Kind vor, welches bis Mitte Juli 1898 vollkommen normal hörte. An einem Tage dieses Monates bemerkten die Eltern, dass das Kind alle Aufträge, die ihm gegeben wurden, verkehrt ausführe, dass es die eben auf der Strasse vorbeiziehende Militärmusikkapelle nicht mehr höre, auf deren klingendes Spiel es sonst mit grösster Lebhaftigkeit reagierte. S. sah den Knaben Mitte August 1898 zum ersten Male. Der otoskopische Befund ergiebt die äusseren Gehörgänge vollkommen normal, die Trommelfelle normal. Die Lichtreflexe zeigen in Bezug auf Grösse und Gestaltung leichte Abweichungen, sie sind etwas enger und gespalten. Die Lage der Trommelfelle und deren Beweglichkeit sind unverändert. Die Eustachi'shen Ohrtrompeten scheinen gut durchgängig, Die Gehörsaufnahme war bei der Wiederspenstigkeit des Jungen sehr erschwert, so die Aufnahme des Hörens der Uhr ganz unzuverlässig. Grobe Geräusche, wie starkes Pfeifen in seiner Nähe wurden percipiert, denn er wandte sich immer prompt nach der Schallquelle um. Bei wiederholter Stimmgabeluntersuchung machte er ganz präcise Angaben. Er hört dieselben vor dem Ohr ganz gut, auch beim Abtönen. Dagegen scheint die Kopfknochenleitung herabgesetzt zu sein. Diese Untersuchung ist etwas schwieriger, da er das Auflegen der Stimmgabel auf den Scheitel oder sonst an irgend einer Stelle des Schädels unangenehm empfindet und sich dieser Untersuchung zu entziehen sucht. Hohe Töne hört er vor dem Ohre schlechter als tiefe. Bei der Prüfung mit der Harmonika hört er ganz deutlich alle Töne. auch sehr schwach angezogene. Man sieht aus dem Gesichtsausdruck

Digitized by Google

ganz deutlich das Wahrnehmen des musikalischen Tones. Auch mit dem Hörrohr scheint er leise Gesprochenes zu vernehmen und aus seinen heftigen Abwehrbewegungen vermutete S. auch, dass der verstärkte Schall ihm ein unangenehmes, ja vielleicht schmerzliches Gefühl erzeuge. Wenn man sich allzulange mit seinem Gehör beschäftigt, wird er unwillig, wendet sich energisch ab, versteckt sich und ist nicht zu bewegen, eine Antwort zu geben. Auch seine Aussprache wurde mit dem schlechten Hören zusehens undeutlicher. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraumes entdeckte S. kleine, rasenförmig angeordnete adenoide Vegetationen. S. entfernte dieselben, ohne daran zu denken, dass diese geringe Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille die Ursache der Erkrankung sein könnte, rein nur in der Absicht, durch einen physischen Eingriff eine psychische Alteration und damit vielleicht einen Einfluss auf das Gehör auszuüben. Der Erfolg stellte sich sehr erwünscht ein. Von diesem Momente an hatte sich das Naturell des Jungen geändert, er wurde übermütig, lustig, hörte die die Musik durch die doppelt geschlossenen Fenster wieder, den Trompetenklang, die Radfahrglocken. Ebenso macht ihm die Mundharmonika grosse Freude und das Kindergeschrei hört er sehr deutlich bei geschlossenen Thüren; überhaupt soll sich, wie der Vater angiebt, das Gehör bedeutend gebessert haben; gewisse ihm konvenierende Fragen, wie: „Willst du Maroni?" „Willst du Würstel?", mässig laut in das Ohr gerufen, hört er, denn er gibt eine freudig bejahende Antwort. Leider hielt diese bedeutende Besserung nicht dauernd an, es traten wieder Verschlimmerungen auf, die allerdings nicht so weit gingen, wie der Gehörsverlust anfangs war. Auch das psychische Verhalten hat sich bedeutend gebessert erhalten, er spricht mit einer mässig lauten, ziemlich ruhigen Stimme, zeigt für Alles grosse Aufmerksamkeit, nur fürchtet er einigermassen die Behandlung und sucht so schleunigst als möglich den Saal zu verlassen.

Diesen Fall sollte man eigentlich nicht als psychische Taubheit auffassen. Patient ist nur schwerhörig. Man sollte solche Fälle eigentlich als psychische Schwerhörigkeit bezeichnen. Man kann nicht von einem Fehlen der Wort- oder Schallperception sprechen, sondern nur von einem schwereren Erfassen. Fälle dieser Art sind nur wenige bekannt. Dieser Casus von plötzlich entstandener, schmerzlos aufgetretener schwerer Herabsetzung des Hörvermögens lässt sich vielleicht in die Gruppe von Erkrankungen reihen, von denen Pollitzer schreibt, „dass zuweilen Lähmungszustände des Hörnerven zur Beobachtung kommen, die mit rascher Ertaubung eines oder beider Gehörorgane mit negativ objectiven Befunde erscheinen, welche mangels eines nachweisbaren causalen Momentes und wegen des Fehlens der sonst häufigen Labyrinthsymptome, wie subjektive Geräusche, Schwindel- und Gleichgewichtsstörungen, sich in keine bestimmte Erkrankungsform einreihen lassen. Ob es sich in solchen Fällen um greifbare anatomische Veränderungen oder blos um eine functionelle Lähmung des Acusticus handelt, lässt sich beim Mangel anatomischer Thatsachen nicht bestimmen. Für das Vorkommen rein funktioneller Störungen würde das rasche Schwinden der Hörstörungen in einzelnen Fällen sprechen."

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

La paralysie douloureuse des jeunes enfants. Von L. Bertrand. (Gaz. hebd. de med. et chir. 1899, 21.)

Die Paralysis dolorosa kleiner Kinder ist charakterisirt durch vollständige Impotenz einer Extremität und schmerzhafte Erscheinungen bei Bewegungen. Sie tritt plötzlich, augenblicklich nach leichtem Trauma ein. Bei Kindern im Alter von 8—10 Monaten bemerkt man sie erst nach mehrtägigem Bestehen. Meist treten die ersten Schmerz- und Lähmungserscheinungen in Folge eines brüsken heftigen Zerrens, um das Kind vor einem Fall zu hüten oder beim Aufheben ein. Die Lähmung bezieht sich nur auf die Motilität, ohne dass die Beweglichkeit absolut aufgehoben ist. Nach der Veranlassung ist sie für 24—48 Stunden meist vollständig. Allmählich kehrt die Beweglichkeit zurück und nimmt im gleichen Masse zu, wie der Schmerz nachlässt. Auch die Sensibilität ist nicht vollständig intact, meist besteht Hyperalgesie. In den ersten Tagen hängt die obere Extremität schlaff am Körper herab mit leicht flektirtem und pronirtem Vorderarm. Wird der Arm am Ellenbogen erhoben, fällt die Hand machtlos herab, wie bei einer Extensorenlähmung. Spontan werden Bewegungen nur langsam und beschränkt gemacht aus Furcht vor Schmerz oder weil die Motilität nur in geringem Masse wiedergekehrt ist. Passive Bewegungen sind, abgesehen von den sehr lebhaften Schmerzen, vollauf möglich. Der Schmerz, plötzlich, lebhaft, akut auftretend hält wenigstens 48 Stunden an. Dann zeigt er sich nur bei spontanen oder passiven Bewegungen, besonders bei Supination und Abduktion, ohne dass der Sitz des Schmerzes genau anzugeben ist. Es fehlt jede Deformation, jede anatomische Störung. Allmählich vermindert sich der Schmerz, Motilität und Sensibilität werden im Verlauf von 4—5 Tagen wieder normal. Pathogenetisch kann in manchen Fällen die Ursache eine chirurgische (Knochen-Gelenktrauma) sein. In anderen fehlt jede chirurgische Ursache, besonders eine incomplete Radiusluxation. Es handelt sich lediglich um eine lokale nervöse Störung, um eine Hemmungserscheinung oder eine Lähmung in Folge Zerrung von Nervenfasern. Fehlen chirurgische Veränderungen, bietet die Diagnose keine Schwierigkeiten. Andererseits muss man ein Augenmerk auf Anzeichen von Hysterie haben, welche im Kindesalter nicht nur möglich, sondern auch fähig ist, in Auftreten und Verlauf ebenso brüske Lähmungen zu erzeugen. Meist tritt in 4—8 Tagen spontane Heilung ein. Die Prognose ist daher durchaus günstig. Von einer Behandlung kann kaum die Rede sein.

v. Boltenstern (Bremen).

Versuche mit Backhaus'scher Kindermilch. Von Alfred Kolisko. Aus Prof. Frühwald's Ambulatorium an der Wiener Allgemeinen Poliklinik. (Archiv. f. Kinderheilk. 26. Band 1898.)

Das Verfahren von Backhaus besteht darin, dass durch Zusatz von Trypsin zur Kuhmilch ein der Frauenmilch entsprechender Prozentsatz von vorverdautem, löslichem Albumin erzielt und dann das überschüssige Casein ausgefällt wird. Durch weitere Zusätze wird der Fett- und Zuckergehalt dem der Frauenmilch gleichgestellt und die so gewonnene Milch sterilisiert. Die Milch gelangt in drei Sorten zur Verwendung, entsprechend den verschiedenen Bedürfnissen der Säuglingsperiode.

K. hat die Backhausmilch bei 20 Kindern erprobt, die teils an

Digitized by Google

Dyspepsie, teils an ansgesprochenem Magenkatarch litten. Die meisten erhielten sie von Anfang an ausschliesslich, einige als Beigabe zur Mutterbrust. Die Resultate waren fast durchweg recht befriedigend. Die Magen- und Darmstörungen schwanden bald, es trat schnelle Gewichtszunahme ein von 18—30 gr. pro Tag und zwar bei Kindern, die ausnahmslos den dürftigsten Verhältnissen entstammten. Die Beobachtungsdauer betrug 2—3 Monate. (Ref. wendet die Backhausmilch seit längerer Zeit an und kann die hier verzeichneten günstigen Resultate bestätigen. In einer grösseren Reihe von akuten und chronischen Erkrankungen des Verdauungstraktes bewährte sie sich fast ausnahmslos. Aber auch meine Beobachtungszeit ging nicht über drei Monate hinaus. Sobald nach definitiver Besserung die Ernährung des Kindes im richtigen Geleise war, kehrte ich zur frischen Kuhmilch zurück, weil ich mich nicht entschliessen konnte, ein durch so mannigfache chemische und mechanische Manipulationen hergestelltes Präparat längere Zeit hindurch zu verabreichen). Dr. Friedmann, Beuthen O.-Schl.

Ueber Myxoedem im frühen Kindesalter. Von Lange. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 10.)

L. berichtet kurz über zwei von ihm beobachtete Fälle von Myxoedem bei Kindern. Bei der angeborenen resp. infantilen Form drücken eine Reihe von Momenten dem Krankheitsbild einen ganz besonderen Stempel auf. Es handelt sich um Entwicklungsstörungen in geistiger und körperlicher Beziehung, die um so mehr in die Erscheinung treten, je früher die Erkrankung auftritt.

Von den körperlichen ist es hauptsächlich das gehemmte Längenwachstum, das ins Auge fällt. Es kommt zu echtem Zwergwuchs. Aber auch die Schädelknochen wachsen nicht mit, die grosse Fontanelle kann bis ins späte Alter offen bleiben, die Gesichtsknochen wachsen nur wenig, die Wirbelsäule bleibt schwach, die Kinder können erst sehr spät sitzen, und besonders die Zähne erscheinen sehr spät, zuweilen erst im dritten oder vierten Jahre. Der Leib ist meist froschartig aufgetrieben, sehr häufig findet sich eine Nabelhernie. Die Genitalien bleiben unentwickelt, die Menstruation bleibt aus oder zeigt grosse Unregelmässigkeiten. Auch die geistigen Fähigkeiten entwickeln sich nur sehr langsam resp. bleiben auf der kindlichen Entwicklungsstufe stehen. Oefters besteht nebenbei Reizbarkeit und Jähzorn oder vollständige Idiotie.

Was die Diagnostik des angeborenen Myxoedems anbetrifft, so erscheinen die ausgeprägten Fälle ungemein charakteristisch und ist besonders der Gesichtsausdruck der Kranken untereinander ausserordentlich ähnlich. Anders verhält es sich aber, wenn die Hautverdickung weniger in die Erscheinung tritt. Es ist dieses nicht nur bei den sog. „Formes frustes“ der Fall, sondern es erscheinen auch ohne bekannte Ursache mehr oder weniger periodische Schwankungen des Infiltrationsgrades der Haut stattzuhaben, was L. an seinen beiden Kranken konstatieren konnte. Es ist dann eine Verwechslung mit Rachitis denkbar. Immerhin wird die auffallende Gleichgiltigkeit und Stupidität, der Mange jedes Lächelns oder des Ausdrucks der Freude zu denken geben. Die genauere Untersuchung zeigt dann aber, dass von weiteren rachitischen Veränderungen kaum die Rede ist, besonders ist keine Extremitätenrachitis vorhanden. Ein sicheres diagnostisches Hilfsmittel scheint in der

Digitized by Google

Röntgendurchleuchtung gefunden zu sein, durch die sich bei Cretinen eine auffallend langsame Verknöcherung resp. eine sehr lange Permanenz des Knorpelteils und zwar speciell der Epiphysenknorpel nachweisen lässt.

Der von verschiedenen Autoren aufgestellten Behauptung, dass die Symptome des Myxoedems resp. des sporadischen Cretinismus sich erst entwickeln können, wenn die Kinder entwöhnt würden und das Myxoedem niemals angeboren sein könne, tritt L. auf Grund der Beobachtungen an seinen beiden Patienten entgegen.

Was die Behandlung anbetrifft, so hat L. anfangs Thyraden-Knoll und Jodothyrin-Bayer, schliesslich nur Thyreoidinum siccum von Apotheker Loewe-Leipzig, das bequem zu dosieren ist, gegeben. Jedenfalls scheint in der grossen Mehrzahl der Fälle eine fortgesetzte oder doch wenigstens intermittierende Behandlung nötig zu sein.

Ueber Euchinin gegen Tussis convulsiva. Von Cassel. (Therap. Monatsh. 1899, Heft IV.)

v. Noorden hat die Unschädlichkeit des Euchinins sowie seinen therapeutischen Heilwert bei Fieberzuständen (hektischem Fieber der Phthisiker, Sepsis, Pneumonien, Typhus abdominalis), ferner bei Neuralgien und endlich bei Tussis convulsiva zuerst festgestellt. Nach seinem Erfahrungen ist 1 gr Chininsalz in Bezug auf seine Wirkung bei Pertussis und bei fieberhaften Zuständen verschiedener Art gleichwertig mit 1,5 bis 2 gr. Euchinin.

C. gab das Euchinin keuchhustenkranken Kindern in Dosen von 0,5 — 1,0 pro die. In Zuckerwasser oder Milch verrührt wurde es anstandslos gern genommen. Nebenwirkungen irgend welcher Art wurden überhaupt nicht festgestellt. Weder Ohrensausen, noch Erbrechen, noch Exanthem oder Collaps wurden hier beobachtet, auch auf die Magenverdauung hatte das Mittel nicht den geringsten Einfluss.

Aus den mitgeteilten Krankengeschichten und Curven ergiebt sich, dass das Euchinin in den uncomplicierten Fällen von Pertussis einen unverkennbar günstigen Einfluss ausgeübt hat Die Zahl der Anfälle wurden bedeutend beeinflusst, die Heftigkeit der einzelnen Attaquen erfuhr einen Nachlass, auch wurde eine Abkürzung des Leidens erzielt. Bei den fieberhaften complicierten Fällen trat eine offenbare Wirkung des Mittels nicht besonders hervor.

Wenn auch das Mittel nicht als Specificum gegen Tussis convulsiva anzusehen ist, so verdient es doch Beachtung, zumal da es auch bei längerem Gebrauch sich als vollkommen gefahrlos erwiesen hat.

Schnell, Egeln.

Ueber den therapeutischen Werth des Heroins. Von H. Leo (Deutsch. med. Wochenschrift 18 9 No. 12).

Leo empfiehlt von dem Heroin nie mehr als 0,005 pro dosi zu nehmen und zwar 2—3mal täglich ein Pulver, da er in 2 Fällen mit der Dosis 0,01 üble Erfahrungen machte: Uebelkeit, Schwindelgefühl und sogar ein Ohnmachtsanfall. Die Versuche bei schmerzhaften Affektionen ergaben die narkotisirende Wirkung des Heroins weit geringer als des Morphins und des Codeins: in mehreren Fällen von Ischias, Trigeminusneuralgie, von Pleuritis, von Cardialgie, resp. Ulcus ventriculi und Muskelrheumatismus wurden die Schmerzen entweder gar nicht herabgesetzt

Digitized by Google

oder der Effekt war nur ein geringer. Aber auch gegenüber dem bei den verschiedensten Erkrankungen des Respirationsapparates erstehenden Reizhusten war die narkotisirende Wirkung des Heroins nicht sehr ecclatant z. B. bei akuter Laryngitis, Bronchitis und bei Phthisis pulmonum. In manchen Fällen wurde der Hustenreiz etwas gemildert, aber die Wirkung stand entschieden hinter der des Morphins und selbst des Codeins zurück.

Ausserordentlich erfreuliche waren dagegen die Erfolge mit dem Heroin bei den verschiedenen Formen von Dyspnoe. Die günstigen Erfolge beziehen sich ausser zwei Fällen, wo die Dyspnoe als Theilerscheinung von Uraemie bei chronischer Nephritis bestand und nur eine kurze Besserung der Athemnot eintrat, auf 8 Fälle von ausgebildetem Emphysem, 15 Fälle von chronischer Bronchitis ohne näher nachweisbares Emphysem mit Dyspnoe und 5 Fälle von Asthma bronchiale. Nur in einem Fall von Emphysem und 2 Fällen von chronischer Bronchitis blieb die günstige Wirkung ganz aus. Bei allen anderen zeigte sich schon nach dem Gebrauch von einem Pulver 0,005 Heroin eine ausgesprochene Besserung. Bei mehreren Fällen war die Wirkung zauberhaft: die Athemnot verlor sich schon nach 1—2 Pulvern ganz, der Husten wurde leichter und die Patienten, die gar nicht oder nur im Sitzen schlafen konnten, waren im Stande, die ganze Nacht im Liegen zu schlafen. Wenn das Mittel bei Emphysem oder chronischer Bronchitis fortgelassen wurde, stellten sich natürlich wieder die früheren üblen Symptome ein, doch dauerte es in manchen Fällen 8—14 Tage, ehe die Patienten nach längerem Gebrauch des Heroins wieder Athemnot bekamen. Wenn nach dem Gebrauch des Heroins sich die Athemnot verminderte, aber zugleich die Expectoration erschwert wurde, gab L. mit sehr gutem Erfolg gleichzeitig Jodkalium. Diese Kombination wird auch von Schwalbe empfohlen.

Das Heroin muss als spezifisches Mittel bei den mit Dyspnoe einhergehenden Erkrankungen, der Bronchien und beim Emphysem betrachtet werden und kann unter günstigen Umständen nicht nur symptomatisch wirken, sondern auch zu einer wirklichen Heilung der von der Bronchialschleimhaut ausgehenden mit Dyspnoe verbundenen Erkrankung führen. Drews-Hamburg.

Weitere Mittheilungen über therapeutische Versuche mit Heroin. Von Holtkamp. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 Nr. 14.)

Verf. hat das Heroin in über 180 Fällen, und zwar 122 Fällen von akuten und chronischen Laryngitiden und Bronchitiden, 12Fällen von Pleuritis mit furchtbar quälendem Reizhusten und heftigem Seitenstechen, 5 Fällen von Keuchhusten, 7 Fällen von Ischias und Muskelrheumatismus, 13 Fällen von Cardialgie, 23 Fällen von heftigen Schneiden bei der gastro-intestinalen Form der Influenza und 5 Fällen von allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit, bei Patienten jeden Alters und Geschlechts und der verschiedensten Körperkonstitution, vom schwächlichen Kinde, dem robusten Manne bis zum decrepiden Greise, mit ausgezeichneten Erfolgen und ohne Nebenwirkungen und schädlichen Erfolgen angewendet.

Bei den akuten Laryngitiden und Bronchitiden Erwachsener liess er 3 mal täglich 0,005 nehmen, in schweren Fällen, wo besonders die Nachtruhe in Folge des Hustens gestört war, wurden im Laufe des Vor-

Digitized by Google

und Nachmittags je 0,005 und Abends gegen 10 Uhr 0,01 gegeben, worauf dann eine sehr gute Nacht erfolgte mit ruhigem tiefem Schlaf und vollkommenem Wohlbefinden beim Erwachen.

Bei den akuten Erkrankungen und bei Influenza waren dann regelmässig nach 3—4 Tagen die Erscheinungen verschwunden. In 5 Fällen wurde bei stark hustenden fiebernden Phthisikern Abends 2 mal 0,005 innerhalb 2 Stunden gegeben, worauf Ruhe eintrat, die Temperatur um 0,6—1,3 herabsank und die nächtliche Schweisssekretion sich verminderte.

Bei 10 Fällen von Pleuritis sicca wirkte das Heroin sehr prompt. Bei 5 Kindern im Alter von 2—7 Jahren mit Keuchhusten wurden 3 mal täglich 0,0005—0,002 Heroin gegeben und trat nach 2 Tagen bei 4 Kindern ein bedeutendes Nachlassen der Anfälle in Bezug auf Häufigkeit wie auch Intensität ein. Bei 2 Fällen von schwerer rechtsseitiger Ischias mit allgemeiner Prostration und Schlaflosigkeit brachten 0,0025 alle 2 Stunden und 0,01 Abends 10 Uhr gegeben ruhige Nächte und Verminderung der Schmerzen und nachdem vom dritten Tage an nur jeden Abend 0,01 Heroin gegeben wurde, Heilung nach 6—7 Tagen. Bei Muskelrheumatismus war die analgetische Wirkung deutlich, aber nicht ecclatant spezifisch gegenüber anderen Medikamenten, dagegen bei 13 Fällen von Cardialgie bei viel geringeren Dosen viel schneller, stärker und anhaltender als bei Morphium. Bei 5 Fällen von allgemeiner Nervosität und nervöser Schlaflosigkeit bewirkte das Heroin als vorzügliches Sedativum in 3—4 Tagesdosen à 0,005 körperliche und geistige Ruhe, bessere Stimmung und tiefen, gleichmässigen erquickenden Schlaf.

Verf. hält das Heroin dem Morphium weit überlegen an Promptheit, Schnelligkeit und Sicherheit der Wirkung, vor allem aber durch das Fehlen übler Nebenwirkungen und Folgen, natürlich bei nicht zu grossen Dosen, im allgemeinen nur derjenigen des Morphiums.

Drews-Hamburg.

Ueber den Werth des Albumosen und Peptone für die Ernährung. Von Voit (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 6).

Unter Albumosen und Peptonen versteht man bekanntlich Abkömmlinge der Eiweisskörper, welche in der Einwirkung der Verdauungsenzyme auf die letzteren, durch hydrolytische Spaltung entstehen. Durch die Pepsinverdauung wird das Eiweiss nicht so stark verändert als durch die Trypsinverdauung. Bei der ersteren bilden sich verschiedene Albumosen und das Amphopepton Kühne's, bei der letzteren entsteht neben Hemipepton das aus verschiedenen einfacheren Verbindungen zusammengesetzte Antipepton Kühne's und die Amidosäuren Leucin, Tyrosin und Asparaginsäure.

Die ersten Verdauungsprodukte, die Albumosen und Peptone erfreuen sich nun einer besonderen Wertschätzung und man begegnet der Anschauung, sie besässen einen höheren Nährwert als das Eiweiss. Im günstigsten Falle können sie nur dem Eiweiss gleichwerthig sein, denn Stickstoffgehalt und Calorienwerth sind die gleichen.

Vor allem, fragt es sich nun, ob der Körper, wenn man das Eiweiss der Nahrung durch Albumosen oder Peptone ersetzt, ebenso wie vorher auf reinem stofflichen Bestand erhalten werden kann. Durch neuere Untersuchungen ist festgestellt worden, dass die künstlichen Albumosen dem Eiweiss in dieser Hinsicht gleichwertig sind, ebenso das

Digitized by Google

Amphopepton. Das bei der künstlichen Pankreasverdauung entstehende Antipepton kann dagegen das Eiweiss nicht vollständig vertreten. Allerdings ist das letztere für die Ernährung nicht wertlos, denn es wirkt eiweissersparend, indem es an Stelle des Eiweisses verbrennen und als Kraft- und Wärmequelle dienen kann. Nur zum Ersatz des verloren gegangenen Organeiweisses ist es untauglich.

Der Wert eines Nahrungsmittels ist ferner wesentlich beeinflusst durch die Ausnützung im Darm. In dieser Beziehung stehen die Albumosen und Peptone weit unter dem unveränderten Eiweiss, wie wir es in den animalischen Eiweissträgern, Fleisch, Eiern und Milch verzehren, zurück. Werden die ersteren in grösserer Menge gegeben, so treten Durchfälle auf; dadurch wird nicht nur ihre eigene Ausnützung eine sehr schlechte, sondern auch diejenige der übrigen mit ihnen eingeführten Nahrungsstoffe. Deshalb darf man derartige Präparate nur in verhältnismässig sehr kleiner Dosis verabreichen. Meist lassen sich von der Somatose z. B. nicht mehr als 20 g, in 3—4 Portionen verteilt, einem Menschen im Tag beibringen; nach wenigen Wochen wird auch diese geringe Quantität nicht mehr genommen. Es tritt Abneigung, selbst Ekel vor dem Präparat ein. 20 g Somatose aber entsprechen 16 g Eiweiss. Endlich ist auch dem hohen Preise derartiger Präparate Beachtung zu schenken. Die erste Frage also, ob die Albumosen und Peptone dem Eiweiss gleichwertig erachtet werden können, muss demnach mit einem entschiedenen „Nein" beantwortet werden.

Die zweite Frage ist die, ob nicht bei der Krankenernährung Umstände eine Rolle spielen können, die die Anwendung der Albumosen und Peptone angezeigt erscheinen lassen. Hier verordnet man sie in der Absicht, den geschwächten Magen oder Darm dadurch zu entlasten, dass man ihnen die Verdauungsarbeit durch Einführung von schon verdautem Eiweiss theilweise oder vollständig abnimmt. Nun ist nachgewiesen, dass zur Resorption eine Peptonisierung alles eingeführten Eiweisses durchaus nicht notwendig ist, da auch unverändertes gelöstes Eiweiss resorbiert werden kann. Auch kann für die Magenverdauung der viel energischer wirkende Pankreassaft vollständig eintreten. Man kann also unverändertes Eiweiss in den Magen einführen, nur dürfen keine grossen Brocken heruntergeschluckt werden, sondern alles muss sehr gut gekaut und eingespeichelt werden. Am besten giebt man Eiweiss in flüssiger, breiiger oder wenigstens sehr fein vertheilter Form.

Nur wenn man es mit einem vollständigen Fehlen des Pankreassaftes im Darm zu thun hat, muss man verdautes Eiweiss zur Ernährung benutzen, solche Fälle sind aber selten.

Man verordnet ferner die Albumosen und Peptone, um den Magendarmkanal zu schonen. Man erzielt aber damit gerade das Gegentheil. Denn wie sowohl die motorische als auch die secretorische Thätigkeit des Verdauungstraktus nach Verabreichung von Albumosen und Peptonen eine regere wird, so wird auch die resoptive eine angestrengtere.

Endlich werden diese Präparate noch vielfach benützt zur Erhöhung des N-Wertes einer an Eiweiss sehr armen Nahrung. Unter solchen Umständen können sie unentbehrlich oder doch von wesentlichem Nutzen sein, namentlich dann, wenn Widerwillen gegen Fleisch und überhaupt gegen stark schmeckende Substanzen besteht.

In dieser Beziehung hat sich die fast völlig geschmacklose Somatose

Digitized by Google

als wertvoll erwiesen, die man, ohne dass die Kranken viel davon merken allen möglichen flüssigen Speisen zusetzen kann. Wir besitzen aber in der Nutrose und dem Eucasin unveränderte Eiweisskörper, welche die leichte Löslichkeit und die Geschmacklosigkeit mit der Somatose teilen und in beträchtlich grösseren Dosen zur Anwendung kommen können, da sie weit besser ertragen werden als die Albumosen und Peptone.

Nach V erscheinen die Albumosen und Peptone angezeigt nicht, wenn man den Magendarmkanal schonen, sondern im Gegenteil dann, wenn man sie zur Anregung der Peristaltik benützen will; auch ist bekannt, dass auf kleine Gaben von Somatose oder Kemmerich'schem Pepton die Lust und Fähigkeit zu essen bei vielen Patienten wächst.

Der Hauptwert der Albumosen und Peptone ist daher nicht in ihrer Eigenschaft als Nahrungsmittel zu suchen, sondern darin, dass sie hauptsächlich Arzneimittel, Stomachica und Abführmittel sind.

Schnell-Egeln.

Ueber Nabelschnurbehandlung des Neugeborenen. Von Horn. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 12).

Als Stumpf seine Erfolge über die Verwendbarkeit des Thons als anti- und aseptisches Verbandsmittel in der Münch. med. Wochenschr. mitteilte, hat H. denselben auf seine Verwendbarkeit bei der Behandlung des Nabelschnurrestes geprüft.

Die von H. geübte Methode ist folgende: Das Kind erhält gleich nach seiner Geburt ein Reinigungsbad; nach erfolgter Abtrocknung wird die zur Einhüllung der Nabelschnur dienende Watte dick mit Thon belegt, wobei besondere Vorsicht zu walten hat, weil das Pulver nicht gut haftet. Der eingeheilte, mit Thon bedeckte Nabelstrang wird wie üblich behandelt. Das Kind wird täglich unter Vermeidung des Nabels gewaschen, nicht gebadet; für Trockenlegung des Kindes muss stets gesorgt werden. Das Pulver wird zweimal am Tage erneuert. Nach erfolgtem Abfall wird noch 1—2 Tage Thon auf die Nabelwunde gethan, sodann das Kind wieder täglich regelmässig gebadet.

Die an 160 Kindern ausgeführten Versuche ergaben, dass der völlige Abfall des Nabelschnurrestes bei Thonbehandlung unter Vermeidung des Bades etwas länger dauert, aber die Nabelwunde ist dabei stets in vorzüglicher Verfassung. Der Thon ist auch auf der festen Kinderhaut völlig reizlos.

Schnell, Egeln.

Ueber methodische unblutige Erweiterung des Phimosis kleiner Knaben. Von Schilling. (Münch. med. Wochenschr. 1899, No. 11.)

Sch. hat in vielen Fällen von Phimosis statt der blutigen Operation die manuelle Erweiterung in Anwendung gezogen. Die Technik ist dabei folgende: Der Patient muss auf einer festen Unterlage liegen, sowie an Armen und Oberschenkeln festgehalten werden. Die Vorhaut wird dann mit Daumen und Zeigefinger beider Hände langsam mit schonender Gewalt über die als Keil wirkende Glans zurückzubringen versucht, während die übrigen Finger teils den Penis stützen, teils in der Gegend der Symphysis oss. pub. einen Halt zu gewinnen suchen. Meist gelingt die völlige Erweiterung beim ersten Mal. In grösseren Zwischenräumen muss öfters revidiert und die Vorhaut zurückgeführt

Digitized by Google

werden. Kleinste, kaum blutende Einrisse an der Haut und Schleimhaut des Orific. müssen selbstverständlich mit in den Kauf genommen werden. Zur Nachbehandlung dienen lokal Borsalbe und Vollbäder.

Stellt es sich heraus, dass ein dauernder Effekt dabei nicht zu erreichen ist, so kann man immer noch zum Messer greifen. Es kommt dies namentlich vor bei narbigen Stenosen, straffen Verwachsungen der beiden Vorhautlamellen oder Phimosen mit beträchtlicher Tendenz zur Retraktion der Gewebe. Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

Schulhygiene und Schularztfrage. Aus einem Vortrage, gehalten vor Danziger Lehrern und Lehrerinnen. Von Dr. Petruschky. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1899, No. 4.)

Die Schulhygiene umfasst folgende drei Gebiete:

1. Die Hygiene des Schulhauses und seine Einrichtungen;
2. Die Hygiene des Unterrichts;
3. Die Hygiene der Schulkinder.

Bezüglich der ersteren Beiden wird der Arzt immer eine relativ bescheidene, lediglich beratende Rolle spielen können. Sie gehen in erster Reihe den Architekten bezw. den Pädagogen an. Hervorgehoben muss werden, dass wir Aerzte nicht jede merkbare und messbare geistige Anstrengung für schädlich erklären. Sie ist es nur dann, wenn die Rückkehr in den normalen Zustand sich verzögert oder ausbleibt. Eine richtige „Dosierung der Geistesarbeit", die den Schüler in allmählicher Uebung zur Ausbildung seiner Geisteskräfte anleitet, ist anzustreben, und hierin müssen Arzt und Schulmann zusammenwirken.

Die Hygiene der Schulkinder dagegen wird in erster Reihe der Arzt fördern können. Zu achten ist hier vor Allem auf die verschiedene Begabung der Schulkinder. Eine verminderte Leistungsfähigkeit kann beruhen entweder auf körperlichen Leiden, — Nasen- und Ohrenleiden! — die sich beseitigen lassen, oder auf geistigen Defekten, die nicht zu bessern sind. Solche Schüler gehören in Klassen für Minderbegabte. In grösseren Städten sind diese leichter einzurichten als auf dem Lande. Hier müssten grössere Verwaltungsverbände zusammentreten.

Eines der wirksamsten Förderungsmittel für die geistige Entwicklung ist die Hebung der kindlichen Lebensfreude durch Jugendspiele, gemeinsame Ausflüge, Ferienkolonieen und dergleichen.

Die Hygiene der Schulkinder hat ferner zu achten auf die Körperhaltung beim Schreiben, die allzuoft einen oberflächlichen Atmungstypus zur Folge hat.

Ganz besonderes Gewicht ist zu legen auf körperliche Reinlichkeit der Kinder, die am wirksamsten durch Schulbäder gewährleistet wird.

In das Gebiet der Schulhygiene fällt auch die Aufgabe, die Verbreitung epidemischer Krankheiten durch die Schule hintanzuhalten.

Die Kinder müssen in bestimmten Zwischenräumen — in New-York geschieht es täglich — auf akute Krankheiten untersucht werden. Die ansteckenden Rekonvalescenten sind ärztlich zu überwachen, die Anzeigepflicht bei Infektionskrankheiten ist zu betonen. Wichtig ist es

Digitized by Google

auch, die Lehrer und Schulkinder über die häufigsten Verbreitungswege dieser Krankheiten zu informieren, am besten in Kursen oder Conferenzen.

Jedenfalls können Schädigungen der geistigen und körperlichen Gesundheit der Schulkinder nur vermieden werden, wenn hygienisch geschulte Aerzte der Schulleitung als Beamten beigegeben werden. Die Behandlung der erkrankten Schulkinder bleibt nach wie vor Sache der Hausärzte bezw. der zuständigen Armenärzte der Gemeinden. Nur in wichtigen Spezialgebieten, z. B. der Orthopädie, den Augen-, Nasen- u. Nervenkrankheiten sind hierin erfahrene Aerzte zur Behandlung heranzuziehen. Dr. Friedmann, Beuthen O.-Schl.

Ausstattung und Einrichtung der Schulen und Schulräume nach den Anforderungen der Neuzeit. Von Stadtbaurat Höpfner in Kassel. Separatabdruck aus dem „technischen Gemeindeblatt" 1898, Nr. 9—10. Berlin, C. Heymann.

Diese, nach einem auf der IX. Versammlung des Hessischen Städtetages in Witzenhausen am 10. Juni 1898 gehaltenen Vortrage publizierte Arbeit des Verf. hat auch für uns Aerzte eine grosse Bedeutung und viel Interesse. Die jetzt mehr und mehr in Fluss gekommene, im übrigen ja schon lange auf der Tagesordnung stehende Schularztfrage hat bereits eine grosse Anzahl von Veröffentlichungen sowohl von Aerzten wie von Pädagogen gezeitigt, die nicht allein auf theoretischen Erwägungen, sondern auch bereits auf praktischer Grundlage und thatsächlichen Erfahrungen beruhen. So hat im vergangenen Jahre der Kollege Kuntz, der in Wiesbaden Schularzt ist, in der deutch. med. Wochenschr. eine grosse Anzahl von den Schularzt interessierenden Fragen einer Erörterung unterzogen, und Geh. Med.-Rat Schmidtmann und Stadtrat Kalle haben in der Vierteljahrschrift für ger. Medizin resp. für öffentliche Gesundheitspflege diese Angelegenheit in einer gründlichen und lehrreichen Abhandlung gewürdigt. Zu allem nun, was der Schularzt wissen muss, zu dessen Beurteilung und Begutachtung er herangezogen wird und im Stande sein muss, gehören auch die Punkte, die der Verf. in der obengenannten Arbeit erörtert, und zwar sowohl nach der technischen Seite hin, als auch in Rücksicht auf die Gesundheitspflege im allgemeinen und im speziellen.

Verf. bespricht in ungemein klarer und instruktiver Weise die Ausstattung und Einrichtung des Schulhauses vom pädagogischen, technischen und hygienischen Gesichtspunkte aus und stellt diejenigen Forderungen zusammen, die Berücksichtigung findeu können und müssen, damit der Gesundheit der Schüler und Lehrer aus dem Schulbetriebe nicht nur nicht kein Schaden erwachse, sondern auch, damit eine neue, die früher schon bestehenden Anforderungen ergänzende und erweiternde Verpflichtung der öffentlichen Fürsorge erfüllt wurde, dass dem Körper der Jugend von Schulwegen eine grössere Widerstandsfähigkeit gegeben, er abgehärtet und gestählt werde. Verf. beschränkt sich, da auch so die Angelegenheit genügend geklärt wird, der Einfachheit halber bei seiner Besprechung auf die Volksschule und speziell auf die mehrklassige städtische Volksschule, woraus dann ja leicht das für andere Verhältnisse Passende und Erforderliche abgeleitet werden kann. Er behandelt kurz und zweckentsprechend nach allen Richtungen hin den Bauplatz, die Lage des Schulhauses, die Art der Ausführung des Baues, ob Pa-

Digitized by Google

villon, ob Corridorsystem, wobei er sich, nach Abwägung der Vor- oder Nachteile beider Systeme, dem letzteren entschieden zuwendet. Er berücksichtigt bei dem Bau die Feuersicherheit und Zweckmässigkeit, kommt dann auf die Verkehrsräume (Zu- und Ausgänge, Treppen, Corridore etc.) im Schulhause und die Nutzräume, auf Beleuchtung, Heizung, auf Luftzu- und Abführung dann auf das relativ neue „Schulbad" das er dringend empfiehlt. Verf. berücksichtigt auch den Handfertigkeits- und Haushaltungsunterricht resp. die dazu erforderlichen Räume; dann natürlich vor allem auch das Klassenzimmer in seiner Einrichtung und Ausstattung, wobei er unter anderen beachtenswerten Dingen besonders warm den Linoleumbelag bei massiven feuersicheren Dielen und die Rettig'sche Schulbank empfiehlt. Dann werden noch die Abortanlagen (Beetz'sches Oelsyphon) besprochen, und endlich auch der Turnunterricht und Turnräume und auch die Bewegungsspiele gewürdigt. Verf. schliesst dann mit dem Hinweise darauf, dass wir stolz sein können auf unsere Erziehungsanstalten, auf unsere Schulen, auf unser Heer, die uns die höchste Gewähr bieten für eine glückliche Zukunft unseres deutschen Vaterlandes!

Das Büchelchen möchte ich allen Kollegen, die ein Interesse an der Schule und an der Schuljugend haben, die die hygienischen Seiten des Schulbetriebes zu würdigen wissen und sich kurz orientieren wollen, auf das dringendste empfehlen, der gediegene, kurze und übersichtliche und dabei auf streng wissenschaftlicher Grundlage beruhende Inhalt wird jeden Leser befriedigen und erfreuen und keiner das Buch aus der Hand legen, ohne zu bekennen, es mit Nutzen und Vergnügen gelesen zu haben.

Wulff-Oldenburg.

Rezensionen.

Der Scheintod der Neugeborenen. Seine Geschichte, klinische und gerichtsärztliche Bedeutung. Von Dr. Ludwig Knapp. I. Geschichtlicher Theil. Mit 9 Abbildungen im Texte. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1898. Preis 4 Mark.

Die Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen ist eine von den geburtshülflichen Fragen, welche wegen ihrer praktischen Bedeutung ein allgemeines Interesse beansprucht, und die Bearbeitung dieser Frage ist um so verdienstvoller, weil seit dem Erscheinen der letzten grösseren Arbeiten schon mehrere Jahrzehnte verflossen sind. Verf. bietet in diesem ersten Theil des Werkes den geschichtlichen Theil der Frage: den Entwickelungsgang der einzelnen Wiederbelebungsverfahren. K. hat sein Material mit sehr grossem Fleiss gesammelt und es verstanden, dasselbe so übersichtlich zu ordnen und zu behandeln, dass ein ausserordentlich interessantes Werk entstanden ist, welches jeder Arzt mit grossem Vergnügen und Nutzen lesen wird, so dass die Anschaffung des von der bekannten Verlagshandlung sehr vornehm ausgestatteten Werkes allgemein zu empfehlen ist.

Drews-Hamburg.

Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemein-Erkrankungen. Ein Wegweiser für Aerzte und Zahnärzte. Von Zahnarzt P. Ritter. Mit 20 Abbildungen. Berlin, Fischer's Medic. Buchhandlung, 1898. Preis 5 Mk. 50 Pf.

Digitized by Google

Der Inhalt des vorliegenden Buches ist ein so reicher, dass er in dem kurzen Rahmen einer Besprechung auch nicht annähernd skizziert werden kann. In 23 Haupt-Kapiteln werden alle Beziehungen, welche zwischen erkrankten Zähnen und Allgemein-Erkrankungen gefunden werden, besprochen. Ausgehend von rationeller Untersuchung der Mundhöhle vor Extraktionen geht Verf. auf diese selbst, ihre Handhabung, die üblen Zufälle bei denselben, ihre Nachbehandlung, Narcosen und lokale Anästhesien über, um am Schlusse des ersten Abschnittes eine Reihe von recht praktischen Winken zur Behandlung von Zahnleiden zu geben. Nach dem Vorgang von Kleinmann macht er energisch gegen Anwendung des Cataplasma coctum Front. Befremdend wirkt der Rat, nach der extractio dentis die Wundränder „zusammenzudrücken".

Im 2. und 3. Abschnitt werden die Entzündungen des Kiefers, des Alveolarfortsatzes, des Periosts und Neubildungen an ihnen, sowie Krankheiten der Weichteile des Mundes behandelt. Erfreulich ist die Betonung derjenigen Schädigungen, welche durch Verschlucken von Eiter bei secernierenden Zähnen etc. der Verdauung geschieht. Bei den Krankheiten des antrum erweist Verf. sich als ein ebenso kühler wie vorsichtiger Beobachter. Dieses Feld verdankt gerade ihm mancherlei Klärungen. Ein interessanter Fall von Stomatitis aphthosa, den Verf. an einem 50jährigen Mann beobachtete und auf Genuss einer von Maul- und Klauenseuchekranken Kuh entnommenen rohen Milch zurückführen konnte, führt ihn zur Warnung vor Trinken ungekochter Milch, wobei er derartige Epidemien citiert.

Syphilis im Munde und Uebertragung derselben durch Operationen in der Mundhöhle, alte Lues bei Mund- und Kieferleiden, tuberkulöse Mundkrankheiten, Influenza-Erkrankung des Mundes, Pflege der Mundhöhle bei Schwerkranken bieten eine solche Fülle von aus der Praxis geschöpften Materials, dass wir leider nur einen Fall von schwerem Magenkatarrh in Verbindung mit Stomatitis hervorheben wollen. Pat. genas 2 Tage, nachdem die Mundverhältnisse saniert waren. Bei dem V. Abschnitt: „Dentition und Dentitionsstörungen, Erosionen, die beim Durchbruch des unteren Weisheitszahnes entstehenden Störungen" stellt sich Verf. auf den auch im „Kinder-Arzt" wiederhoit betonten Standpunkt von Kassowitz, dass es eigene Dentitionskrankheiten nicht gäbe. Bei den sogenannten Erosionen konnten wohl zeitlich die Entdeckungen Berten's nicht berücksichtigt werden. Bei den Blutungen. welche schwer zu stillen sind, wird kurz die Cirkulations-Anregung der unteren Extremitäten nach Edward angegeben. Paul Niemeyer, welcher ein ähnliches Mittel angiebt, hätte ebenfalls erwähnt werden sollen. Erfreulich ist, dass der erfahrene Praktiker sich gegenüber den bei Kronenarbeiten vorzunehmenden Wurzelfüllungen kaltes Blut bewahrt hat und zu aller Vorsicht rät gegenüber den durch etwaige Eiterung herbeigeführten Nachteilen. Dem Einfluss einer krankea Mundhöhle auf das Nervensystem und die Sinnesorgane ist eins der interessantesten Kapitel gewidmet. Das Buch schliesst mit Massregeln der Prophylaxe. Eine grosse Anzahl erprobter Rezepte werden jedem willkommen sein. Ein Sach- und Autoren-Register erleichtert den Gebrauch des Buches. Als besonders wertvoll ist hervorzuheben, dass nach den Allgemeinbesprechungen regelmässig illustrierende Fälle aus der Praxis und Litteratur beigezogen werden. Wir kennen kein Buch, welches ein dem prakt

Digitized by Google

Arzt und Zahnarzt gleich wichtiges Gebiet so klar, so ganz aus der Praxis heraus, so erschöpfend behandelt wie das vorliegende. Einzig eine symmetrische Einteilung des Stoffes wäre zu wünschen. Auch das Kapitel über Mundkrankheiten bei Diabetes bedürfte der Bereicherung. Bei Bromäther-Narcosen hätten die Arbeiten Schneider's erwähnt werden sollen. — Die Anschaffung des Buches ist jedem Praktiker zu empfehlen. Es bietet jedem etwas, zumal demjenigen, der nicht die Litteratur so zur Hand hat, wie R. Wille-Worms.

Aus dem Naturgarten der Kindersprache. Ein Beitrag zur kindlichen Sprach- und Geistesentwickelung in den ersten vier Lebensjahren. Von Gustav Lindner. Leipzig, Th Grieben, 1898. Preis 2 Mark.

Verf. giebt auf 111 Seiten genaue Beobachtungen über die geistige und sprachliche Entfaltung seines Söhnchens vom Tage der Geburt bis zum fünften Lebensjahre. Das Büchlein ist mit Hingabe an den Gegenstand geschrieben, liest sich aber nicht leicht, indem eine gewisse Weitschweifigkeit oft unangenehm auffällt. Auch wird man sich mit den theoretischen Anschauungen des Autors nicht immer einverstanden erklären können. Dagegen ist das reichlich beigebrachte thatsächliche Material scharf beobachtet und übersichtlich wiedergegeben, so dass das Werkchen für Psychologen, Pädagogen, Neurologen und Sprachärzte viel brauchbaren Stoff enthält. Knopf-Frankfurt am Main.

Formulaire d'hygiène infantile collective, hygiène de l'enfant à l'école, à la créche et à l'hôpital. Par le Dr. M. Gillet. Paris, Baillière et fils, 1899. Preis 3 Mark.

Der Autor, welcher übrigens auch eine „Hygiene des Kindes im Hause, eine individuelle Kinderhygiene" geschrieben hat, behandelt hier die Hygiene des Kindes in der Schule, in der Krippe und im Krankenhaus.

Begonnen wird mit der allgemeinen Prophylaxe der ansteckenden Krankheiten, Absonderung und Desinfektion, darauf besondere Regeln für die Prophylaxe der einzelnen Krankheiten folgen. Diese beiden Kapitel nehmen bei weitem die grössere Hälfte des Buches ein. Es folgt dann im nächsten Kapitel die Hygiene der Schule, dann die der Krippen, endlich die der Kinderspitäler.

Wirklich trefflich ist das Kapitel über die Schulhygiene, in welchem viel des Interessanten zu finden ist, wie die Uebersicht über die Dauer des Ausschlusses an Infektionskrankheiten Erkrankter vom Unterricht. Mit Recht betont weiter der Verf., dass es sehr wichtig ist, bei kleinen Kindern die Arbeit in einem geringen Umfange zu halten, er giebt interessante Uebersichten für 2—5 Jahre alte Kinder, und für solche im Alter von 5—6 Jahren, im Anschluss daran wird eine Eintheilung der Tagesstunden gegeben, nach dem Reglement des Seine-Departements, dabei wird mit Recht bemerkt: „das Schulprogramm soll mehr ein Erziehungsprogramm sein als ein Lehrprogramm."

Die Anführung des wenigen möge genügen. Der ganze Stoff ist so vollständig, so trefflich, vor allem auch so handlich kurz behandelt, dass das Büchlein allen Kinder- und Schulhygienikern nur bestens empfohlen werden kann. Berger-Neustadt.

Digitized by Google

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Lauenstein stellte in der Sitzung des ärztlichen Vereins in Hamburg am 15. Februar 1898 ein fünfjähriges Mädchen vor, dem wegen Pes varo-equinus paralyticus auf operativem Wege die beiden Zipfel der Sehne des Gastrocnemius mit der Sehne des gelähmten Streckers der Zehen und des Peroneus longus in Verbindung gebracht worden sind. Das Kind, das früher auf dem Aussenrand des Fussrückens ging, hat jetzt eine so gute Haltung des Fusses, dass es mit einem gewöhnlichen Stiefel geht, ohne dass der Fuss umknickt, und dass es auch mit blossem Fusse gut auftreten und die Fusssohle vom Boden abwickeln kann. L. hält diese Methode für aussichtsvoller als die Behandlung mit Hessing-Apparaten und die Arthrodese der Fusswurzelgelenke, die den elastischen Gang in einen Stelzengang umwandelt.

Dr. Feodor Schmey-Beuthen O.-S.

Einen Fall von angeborenem Myxödem stellte in der Sitzung der Berliner Medizinischen Gesellschaft vom 30. Nov. Sklarek vor. Das jetzt $16^3/_4$ Jahre alte Mädchen wurde anscheinend normal geboren und entwickelte sich zunächst normal; im Alter von 6 Monaten aber stockte die Entwickelung, so dass es erst mit 3 Jahren sprechen und mit 7 Jahren gehen lernte. Später verlernte es das Gehen wieder völlig und wurde ganz idiotisch. In Dalldorf wurde Fehlen der Schilddrüse konstatirt. Infolgedessen wurde eine Kur mit Schilddrüsentabletten eingeleitet, die sehr günstig wirkte. Der Umfang des Kopfes und des Rumpfes hat beträchtlich abgenommen, die Haare sind gewachsen, das Gehen ist ziemlich gut, die geistigen Funktionen haben sich gebessert; die Vorderfontanelle, die bei der Aufnahme des 16jährigen Mädchens noch offen war, hat sich während der Kur geschlossen. Eine Unterbrechung der Kur liess die Krankheitserscheinungen wieder mehr hervortreten. (Deutsche mediz. Wochenschr. 99.)

Dr. F. Schmey-Beuthen O.-S.

Göppert empfiehlt als schmerzstillende Mittel bei schwerer Stomatitis das Aneson und Orthoform.

Das Aneson wird 15 Minuten vor dem Essen vermittelst eines kleinen Wattepinsels vorsichtig ohne Reiben auf die Schleimhaut aufgepinselt, an stärker erkrankten Stellen lässt man den Pinsel länger verweilen. Nach 5 Minuten abermalige Pinselung. Es ist zu empfehlen, das erste Mal etwa 8—10 g zu verwenden, um dem Kinde vollständige Schmerzlosigkeit zu verschaffen. 5—10 Minuten nach der letzten Pinselung wird das Essen gereicht. Bei Stomatitis ulcerosa legt man ausserdem mit Aneson getränkte Wattebäuschchen in das Vestibulum oris.

Orthoform blase man 20 und 10 Minuten vor der Mahlzeit ein, am besten und sparsamsten bedient man sich dabei des Jurasz'schen Pulverbläsers.

Aneson ist etwas schwieriger anzuwenden als Orthoform, wenn es auch gerade keine besondere Geschicklichkeit erfordert. Dagegen ist der Geschmack von Aneson angenehmer als der von Orthoform. In den hinteren Mundpartieen schmecken beide Mittel schlecht, Orthoform fast unerträglich.

Digitized by Google

Ein Einfluss auf den Verlauf der Krankheit konnte von beiden Mitteln nicht konstatirt werden. Die Schmerzen werden den Kranken soweit erspart, dass die Nahrungsaufnahme ermöglicht wird. (Jahrb. f. Kdhlkd. 98.) Schnell-Egeln.

— Les lymphangites de l'enfance et leurs consequences. Par Moncorvo fils. Die Mittel zur Lokalbehandlung der Lymphangitis und ihrer Folgeerscheinungen sind sehr zahlreich, besonders sind alle neueren Antiseptica der Reihe nach geprüft worden. Als das wirksamste von allen Mitteln hat sich dem Verf. das Ichthyol erwiesen, dessen giftige Einwirkuug auf den Streptococcus von Fehleisen so energisch ist, dass es als ein Specifium gegen die Rose betrachtet werden kann. Verf. hat alle möglichen Vehikel für das Ichthyol geprüft und verwendet jetzt ausschliesslich einen 10 proc. Ichthyolfirniss. In diesem Firniss vereinigt sich die comprimirende, isolirende und deckende Wirkung des Firniss mit der mächtigen bakterientötenden Kraft des Ichthyols. Mit dieser Methode hat Verf. sowohl mehr oder weniger ausgebreitete Lymphangitiden unterdrückt, als auch schon sehr ausgebreitete zur Rückbildung gebracht. Allerdings muss man bei sehr schweren Fällen neben der lokalen Behandlung noch eine interne Medikation anwenden. (Rev. med. 98). Dr. Schmey, Beuthen OS.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Praecipit. rubr. 0,05—0,12
oder Sublimat. 0,01—0,02
Vaselin. 5,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Blepharitis ulcerosa.
(Aus Bum: „Therap. Lexikon".)
(Königstein.)

Rp.
Oxymel. Scill. 10,0
Tct. Belladonn. gtt. X.
Aq. destillat. 60,0
Syr simpl. 10,0
MDS. 2 stdl. 1 Kinderl.
Bronchitis (5jähr. Kind).
(Comby.)

Rp.
Protargol. 0,2—0,4
Aq. destillat. 10,0
DS. 2mal tgl. einzuträufeln.
Ophthalmia neonatorum.
(Cheney.)

Rp.
Fol. Senn.
Fol. et flor.
Tanacet. aa 12,0
Aq. qu. s. ut f. l. a. decoct.
ad rem. colatur. 80,0
Add. Magnes. sulfur. 2,0—3,0
Syr. Mann. 20,0
MDS. Abends die Hälfte, am anderen Tag die andere Hälfte.
Oxyuris vermicularis.
(Nouv. rem.)

Rp.
Zinc. oxydat. 0,1—0,3
oder Acid. boric. 0,25—0,5
oder Praecipit. alb. 0,1—0,25
oder Ichthyol. 0,5
Vaselin 5,0
Mf. ungt. DS. mit einem Pinsel oder Glasstab den hidrand zu bestreichen.
Blepharitis squamos.
(Aus Bum: „Therap. Lexikon".)
(Königstein.)

Digitized by Google

Kleine Mittheilungen.

— Ein von der Firma Bauer u. Cie., Sanatogen-Werke in Berlin, hergestelltes neues Eiweisspräparat, Sanatogen, dürfte sich in der Kinderpraxis rasch einführen. Es besteht aus 95 % Milcheiweiss und 5 % glycerinphosphorsaurem Natron, mit welchem (die Glycerinphosphorsäure ist ein Spaltungsprodukt der Nervensubstanz) günstige klinische Erfahrungen bei Nervenleidenden gemacht worden sind. Nach Versuchen von Schlesinger, Vis, Treupel, Tobold u. A. ist das Sanatogen als ein unverändertes, nicht peptonisirtes Eiweiss von grosser Verdaulichkeit zu betrachten, welches nicht allein dem geschwächten Organismus eine kräftige Nahrung bietet, sondern ihn durch die neurotonische Wirkung des Glycerinphosphates auch gleichzeitig in die Lage versetzt, die gebotenen Nährstoffe leicht aufzunehmen und vollkommen auszunützen. Das Sanatogen ist geruch- und geschmacklos und wird auch von jungen Kindern gern genommen und gut vertragen. Bei Darmcatarrhen, Rhachitis, Chorea, Chlorose etc. leistet es vorzügliche Dienste. Kindern wird es theelöffelweise (in kalter oder lauwarmer Flüssigkeit aufgelöst und dann mit warmen Flüssigkeiten vermischt) mehreremale täglich als Zusatz zu Milch, Cacao, Suppen etc. verabreicht.

— Unter der Redaktion von Dr. Schlesinger (Frankfurt a/M.) erscheint vom 1. Juni ab zweimal monatlich eine neue Zeitschrift: Correspondenz für Gesundheits- und Krankenpflege. Die erste vorliegende Nummer enthält ausser einer Anzahl kleiner Notizen aus den betreffenden Gebieten zwei grössere interessante Aufsätze: „Wohin soll ich meine Badereise machen?“ von Herzfeld und „Zahnpflege“ von K. — Den Interessen des Krankenpflegeberufes soll die von Dr. Dietrich (Merseburg) und Dr. Jacobsohn (Berlin) herausgegebene Deutsche Krankenpflege-Zeitung, die ebenfalls zweimal monatlich erscheint, dienen. Die uns vorliegenden Nummern enthalten u. A. recht wertvolle Aufsätze „über die Beschäftigung der Kranken“ von Zimmer, „über Spezialkrankenpflege“ von Jacobsohn, „über deutsche Krankenpflege im Ausland“ von Sudeck etc.

— Ein recht empfehlenswerter Apparat zur Verhütung des Bettnässens wird von der Firma Sanitas in Heidelberg zum Preise von 10 Mark (männlich) und 12 Mark (weiblich) verschickt. Bei der Bestellung hat man Alter und Geschlecht des Patienten anzugeben.

Druck von Hermann Schmidt, Leipzig-Schönefeld.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **August 1899.** **Heft 8.**

Inhalt: Originalien: **Hillemand-Sonnenberger,** Opotherapia thyreoidea, 169. Referate: **Fedele,** Diphtherieheilserum, 175. — **Bullus,** Tuberkulose, 176. — **Ballton,** Larynxpapillome, 178. — **Tordzy,** Fremdkörper in den Luftwegen, 178. — **Fürst,** Typhlitis, 179. — **Wroblewski,** Milch, 179. — **Berdach,** Hysterie, 180. — **Czerny,** Hydrocephalus, 181. — **Eröss,** Spina bifida, 182. — **Joseph,** Ekzem, 182. — **Kaposi,** Hyperidrosis spinalis superior, 184. — **Schlossmann,** Colloidale Metalle, 185. — **Turnauer,** Heroin, 186. — **Frieser,** Citrophen, 187. — Gesundheitspflege: **Hauser-Taube,** Die Fürsorge für Säuglinge, 188. — Rezensionen: **Neumann.** Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten, 189. — **Roth-Schmitt-Dornblüth,** Die Arzneimittel der heutigen Medizin, 190. - **Hillemand,** Organothérapie ou Opothérapie, 190. — **v. Boltenstern,** Die neuere Geschichte der Medizin, 190. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 190. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 191. — Kleine Mittheilungen, 192.

Opotherapia thyreoidea.*)

Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Sonnenberger.

Unter den verschiedenen organo- und opotherapeutischen Medicationen ist die Opotherapia thyreoidea diejenige, welche die besten Resultate aufzuweisen hat. Einleitend ist zu bemerken, dass die Glandula thyreoidea — wenigstens ist dies bei der Mehrzahl der Mammiferen der Fall — in ihrer Nachbarschaft noch die glandulae parathyreoideae (Sandstrom) haben, ein Factum, das erst neuerdings (durch Gley) festgestellt wurde. Die meisten der Auseinandersetzungen, die sich auf diese Frage beziehen, auch diejenigen, welche wir im Folgenden über die Funktionen der Thyreoidea und die Opoth. thyreoid. bringen werden, bezielen sich zugleich auf die glandul. thyreoid. und die glandulae parathyr.

Als feststehend können wir das Factum annehmen, dass das Drüsengewebe der Thyreoid. ein internes Secret liefert, dessen Wichtigkeit für den thierischen und menschlichen Organismus experimentell bewiesen

*) Aus dem soeben erschienenen Werkchen: Organothérapie ou Opothérapie. Par le Dr. C. Hillemand. Paris, G. Steinheil, 1899.

Digitized by Google

ist, und zwar durch die Physiologie (Schiff, Reverdin, Horsley etc.), die Pathologie (Gull, Ord, Bourneville etc.) und die Therapie.

Unterdrückt man bei den Carnivoren, insbesondere beim Menschen und Affen, durch vollständige Entfernung des thyreoidealen Drüsenapparates plötzlich und total die Funktionen desselben, so treten in einem Teile dieser Fälle schwere Störungen der Gehirnfunktionen ein; meist äussern sich dieselben in tetanieähnlichen Convulsionen, mitunter sind dieselben auch paralytischen Charakters; man hält diese Phänomene für Intoxikationserscheinungen. In einer zweiten Reihe von Fällen entwickeln sich allmählich Störungen trophischer Natur: Verlangsamung des Stoffwechsels (Verminderung der Harnstoff- und Co_2-Ausscheidung, Temperaturerniedrigung etc.), Infiltration der Gewebe, Intelligenzschwäche. Während diese Erscheinungen mehr bei erwachsenen Individuen hervortreten, sieht man bei solchen im Wachstumsalter ein Zurückbleiben oder völliges Aufhören des Wachstums und besonders der Ossification (Hofmeister, von Eiselsberg) eintreten. — Entwickeln sich die Funktionsstörungen der Thyreoidea aber langsam und unvollständig, wie dies zumeist bei pathologischen Alterationen, seien diese angeborene oder erworbene (Entwicklungshemmungen, Strumen etc.) der Fall ist, so treten die gleichen Symptome in die Erscheinung wie diejenigen, die bei der Exstirpation der Drüsen entstehen, mit dem einzigen Unterschied, dass die acuten Symptomen der Tetanie oder der Paralyse ganz fehlen oder kaum angedeutet sind, und dass ferner die consecutiven trophischen Störungen sich langsamer entwickeln, oder auch nur in sehr schwachem Grade auftreten, wenn der Organismus Zeit gewinnt, die Ersatzorgane der Drüse benutzen zu können. Wenn man in diesen Fällen die Behandlung mit innerer Darreichung der frischen Drüse oder subcutaner Injection des Drüsenextractes einleitet, so sieht man zuerst die acuten Symptome der Intoxication, seien diese convulsiver oder paralytischer Natur, sich vermindern und schliesslich gänzlich verschwinden; später gehen auch die trophischen Störungen zurück. In dem Masse als die Substanz oder das Extract der Drüse dem Organismus zugeführt werden, in demselben Masse sieht man die nutritiven Funktionen sich wieder heben, den Stoffwechsel sich verbessern, die Verbrennung des Fettes rascher vor sich gehen. Das Erscheinen der gekörnten roten Blutkörperchen, eine Vermehrung der grossen einkörnigen weissen Blutkörperchen sowie des Oxyhämoglobin weisen darauf hin, dass eine bedeutende Verbesserung in der Blutmischung auftritt (Merklen und Walther, Masoin). — Bei Frauen wird die ovarielle Comgestion gemässigt (Mossé), die Secretion der Mamma angeregt. Bei Kindern und Individuen im Wachstumsalter wird die Knochenbildung, wenn sie im Rückstand ist, angeregt, vorausgesetzt dass nicht die Zwischenknorpel ganz verschwunden sind. — Bei allen wird die Muskelinsufficienz bedeutend gehoben.

Hat aber die Verabreichung der Drüse resp. ihres Saftes in zu starker Dosis stattgefunden, so sieht man Zufälle auftreten, die in einem gewissen Gegensatz mit den Erscheinungen der thyreoidalen Insufficienz stehen, hingegen eine grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen des Morb. Basedow. haben. Sie charakterisieren sich als solche der Vasodilatation und abnorm gesteigerten Excitation des Nervensystems: Beschleunigung, Schwäche und besonders Inconstanz des Pulses, manchmal Syncope (Beclère, Ballet und Enriquez); Dyspnoe, Reizbarkeit, Schlaf-

Digitized by Google

losigkeit, selbst Delirien; endlich Abmagerung und andere Symptome der Ernährungsstörung. V. Notthafft hat einen Fall citirt, in dem sich diesen Symptomen rapide Zunahme des Halsumfanges, Exophthalmus und Zittern, ganz wie dies beim Morb. Based. der Fall ist, hinzugesellen, Cyon hat eine beträchtliche Reizung des Nerv. vagus constatieren können. Ferner sind beobachtet: eine Reihe von Exanthemen, gastrische Störungen, Erbrechen, Diarrhoe, ferner Albuminurie und Glycosurie. —

Die Secretion der Glandul. thyreoid. ist demnach von grossem Wert für die intacte Gesundheit des Menschen; welcher Art diese Secretion ist und welche Rolle im menschlichen Organismus ihr zukommt, das sind Fragen, über die sich nur Vermuthungen aufstellen lassen. Man nimmt an, dass diese Rolle eine doppelte ist. Einmal wäre das Secret der Thyreoid. im Stande, die toxischen Nebensubstanzen, die sich bei der Verdauung und Assimilation im menschlichen Organismus bilden, zu neutralisieren oder zu zerstören, Substanzen oder Gifte, welche eine schädliche Einwirkung auf den Organismus ausüben, und zwar ganz besonders auf das Nervensystem, dessen regelmässiges Funktioniren sich nicht vollziehen kann, ohne dass jene Gifte zerstört würden.

Zweitens übe das Secret der Thyreoid., unabhängig von seiner antitoxischen Funktion, eine mächtige Wirkung auf das Zellenleben aus, indem eine Substanz erzeugt würde, die mächtig anregend auf das Nervensystem wirke und für die Funktion der trophischen Centren unumgänglich nothwendig sei. Zahlreiche klinische und physiologische Beobachtungen scheinen den direkten Einfluss des Secrets der Thyreoid. auf die Zellenernährung darzuthun.

Die Wirkung des thyreoidealen Sekretes wäre demnach nicht auf ein Prinzip basiert; man hat in der That auch 2 Grundstoffe der Drüse isoliert: Das Jodothyrin (Baumann), welches wirksam sein soll gegen die trophischen Störungen und die chronische Toxämie des Hypothyroidismus; das Thyreo-Antitoxin (Fraenkel), welches ganz besonders wirksam sein soll bei akuten toxischen Zufällen (Tetanie etc.). Wie dem auch sei, so können die Indikationen und Contraindikationen der Opotherapia thyreoid. folgendermassen endgiltig formuliert werden: Diese Behandlungsmethode ist anwendbar bei denjenigen Formen trophischer Störung, die von einer Unterdrückung, Insuffizienz oder qualitativen Veränderung der Thyreoideal-Sekretion abhängen.

Leider kennen wir, wie dies Mossé bemerkt, nur gut die dystrophischen und toxischen Störungen, welche sich bei Strumipriven einstellen, hingegen wissen wir wenig aber die verschiedenen Symptome, die sich an den Hypothyreoidismus anschliessen, und noch weniger über die trophischen Alterationen bei Dysthyreoidismus. Wir wollen bei Besprechung der verschiedenen Krankheiten, deren Behandlung mit der glandul. thyreoid. empfohlen worden ist, der Einteilung von Mossé folgen und unterscheiden demnach:

A. Krankheitszustände, welche abhängen von einer manifesten Alteration oder der Entfernung der Glandul. thyreoid. (Direkte Opotherapie).

1. Die Dystrophien und Toxämien, welche bei den Strumipriven auftreten (Myxödem in seinen 4 Varietäten: M. der Erwachsenen, M. des Kindesalters, Cachexia strumipriva, endemischer Cretinismus).

Digitized by Google

Bei dem Myxödem der Erwachsenen beginnt die Besserung schon am 3. oder 4. Tag der opotherapeutischen Behandlung (durch Verabreichen der Drüsensubstanz per os oder durch subkutane Injektion des Schilddrüsenextrakts, und findet sehr bald eine beträchtliche Besserung statt. Die Intelligenz der Kranken hebt sich, sie sind nicht mehr so stupid und merken auf das, was ihre Umgebung sagt, auf; sie verstehen die Fragen, die an sie gestellt werden und vermögen darauf zu antworten; sie fangen selbst an zu arbeiten. Zugleich ändert sich ihr Habitus: die Schwellungen im Gesicht verschwinden allmählich, der Körper geht an Gewicht zurück, die Haut verliert ihre Trockenheit. Die Urinsekretion wird reichlicher und das bis dahin sehr peinliche Kältegefühl schwindet. Diese Resultate bleiben nur dann definitive, wenn man die Behandlung nicht gänzlich aufgiebt und von Zeit zu Zeit Dosen des Mittels verabreicht, wie sie nötig sind, um die Besserung zu einer dauernden zu machen. Beim Myxödem der Kinder führt die Behandlung in fast allen Fällen nicht allein zur Demyxödemisation, sondern beschleunigt ausserdem das Wachstum, was sich manchmal selbst durch ein schnelleres Wachstum der Zähne kundgeben soll. Leider erhält man bei der myxödematösen Idiotie nur wenig Besserung in Bezug auf die Psyche, was sich sehr wohl begreift, wenn man die histologischen Untersuchungen von Goldberg berücksichtigt, welcher definitive Veränderungen der Nervensubstanz bei jungen thyreoidectomierten Tieren gefunden hat. Wenn es sich aber um infantiles spät erworbenes Myxödem handelt, so sieht man nicht selten auch den psychischen Zustand sich erheblich bessern (Jaunin).

Bei dem sporadischen Cretinismus führt die Behandlung zu einer beträchtlichen Besserung aller Symptome (Rushton, Arnozan, Brissaud, Raymond). Beim endemischen Cretinismus, mit oder ohne Struma, erhält man häufig eine ebenso sichere Besserung, wenn im allgemeinen auch langsamer (Régis und Gaide).

2. Die Strumen (bei welchen die übermässige Volumsentwicklung der Drüse verknüpft ist mit einer Atrophie des Drüsengewebes) und die verschiedenen chronischen Affektionen der Thyreoidea, die eine Verminderung der Sekretion verursachen. In allen diesen Fällen kann die Behandlung nützlich sein, wenn man sie mit der nötigen Vorsicht einleitet, einmal weil der eingeführte Stoff schädlich werden kann, ferner weil wir kein positives Criterium besitzen, um den Grad der anatomischen und funktionellen Läsion, die wir beheben wollen, abzuschätzen. Manchmal wird die Behandlung nur auf die Symptome des Dysthyroidismus, insbesondere auf die psychischen Störungen wirken; andere Male wird sie eine Verkleinerung der Struma herbeiführen. Mossé und Catthala berichten über einen sehr merkwürdigen Fall eines Säuglings, der einen Kropf hatte und von seiner Mutter, die ebenfalls Trägerin einer Struma war, ernährt wurde; durch opotherapeutische Behandlung der Mutter verschwand die Struma des Säuglings.

Durch die Statistik, die im grossen Ganzen günstig bzgl. der opotherapeutischen Behandlung des Kropfes ist, wird erwiesen, dass die rein hyperplastische Form der Struma am ehesten bei dieser Behandlungsweise zurückgeht; nach den Beobachtungen von Bruns handelt es sich in diesen Fällen um eine Vermehrung der colloiden Substanz, die hervorgeht aus einer lebhafteren Sekretion und der Schmelzung zahl-

Digitized by Google

reicher Follikel. Wenn eine Besserung eintritt, so geschieht dies gewöhnlich rasch. Die cystischen und ganz besonders die vaskulären und kankrösen Formen der Struma sind dieser Behandlung weniger zugänglich, wenn man auch in den allermeisten Fällen immerhin eine Besserung der funktionellen Störungen herbeiführen wird.

B) Krankheitszustände und pathologische Veränderungen der Organe oder Funktionen, die in Beziehung stehen zur glandula thyreoidea, wobei anzunehmen ist, dass eine funktionelle Störung der Drüse stattfindet, ohne dass eine anatomische Unterlage vorhanden ist (indirekte Opotherapie).

1. In Hinsicht auf die Beziehungen, welche zwischen der Funktion der Thyreoid. und der Allgemeinernährung zu bestehen scheinen, ist man berechtigt, die Behandlung mit der Thyreoid. in folgenden Krankheitszuständen einzuleiten: bei Zwergwuchs, dem infantilem Habitus, Rückbleiben im Wachstum, der Verzögerung der Pubertät (in allen diesen Fällen sind schon manchmal schöne Resultate erzielt worden, so von Hertoghe, Bourneville, Schmidt; dieselben fordern entschieden zu weiteren Versuchen auf; hingegen sind die bis jetzt bei Rhachitis erhaltenen Resultate keine unbestrittenen); ferner bei gewissen Formen von allgemeinen Ernährungsstörungen, von Diabetes, bei der Obesitas. Beim Diabetes haben verschiedene Autoren (Blachstein, Branthomme, Lépine) eine Verringerung und selbst ein vollständiges Verschwinden des Zuckergehaltes und eine Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet, während andere nur Misserfolge hatten. Gegen die Obesit. univers. hat sich die Thyreoidtherapie oft wirkungsvoll erwiesen.

2. In Rücksicht auf die Beziehungen, welche zwischen den glandul. thyreoid. und den Zeugungs-, Fortpflanzungs- und Lactationsorganen sowohl in physiologischer als auch in pathologischer Hinsicht zu bestehen scheinen, glaubt man sich berechtigt, die Behandlung bei den Erkrankungen dieser Organe einzuleiten. So will man mit ihr gute Resultate erhalten haben bei Metrorrhagien mit Dysmenorrhoe junger Frauen, bei Myomen oder Fibromyomen des Uterus, die sich öfters bei der Behandlung zurückbilden, zur Anregung der Milchsekretion.

3. Basierend auf die von Cyon betonten Beziehungen zwischen der Sekretion der Thyreoid. und der Innervation des Herzens kann man die Behandlung einleiten in Fällen von Herzschwäche, die den gewöhnlichen Mitteln Widerstand leisten.

C) Krankheitszustände, die sich erfahrungsgemäss für die Thyreoidtherapie eignen (empirische Opotherapie).

Es sind dies Fälle, in denen diese Behandlungsweise ausserhalb des Rahmens der speziellen Indikation empirisch versucht worden ist, so bei: Tetanie, Epilepsie, Katalepsie, der infantilen Eklampsie, bei Geistesstörungen, der Sclerodermie, Hemiatrophia facialis, Atrophia muscularis myopathica (Lepine); bei Morb. Addison. (Cérenville), der Hämophilie (Dejace, Combemale et Gaudier), der Osteomalacie; gegen verschiedene Hautkrankheiten: Psoriasis, Ichthyosis, Eczem etc. — Man hat in diesen Fällen manchmal recht ermutigende Resultate erhalten (so besonders bei der Osteomalacie), aber dieselben sind doch zu selten und halten manchmal

Digitized by Google

der Kritik nicht recht Stand, als dass man berechtigt wäre, den systematischen Gebrauch der Opotherapie gegen diese verschiedenen Krankheiten zu empfehlen. Jedenfalls soll man sie in allen diesen Fällen nur mit grosser Vorsicht in Anwendung ziehen.

Die Contraindikationen der Opotherapia thyreoid. sind teils allgemeiner, teils spezieller Natur.

1) Sie ist kontraindiziert in allen Fällen, in denen eine übermässige Funktion der Drüse stattfindet. Das ist namentlich der Fall beim Morb. Basedow., dessen charakteristisches Krankheitsbild nach den Angaben von Renaut, Ballet u. Enriquez, Joffroy etc. erzeugt wird durch eine sekretorische Hyperoactivitität der Drüse. Dennoch haben sich mehrere Kliniker nicht abhalten lassen, die Behandlung auch bei Morb. Based. einzuleiten. Einige derselben haben keine Veränderung im Zustand ihrer Kranken bemerkt, wieder andere eine Verschlimmerung des Krankheitsverlaufs, während mehrere (Voisin, Alexie, Burns, Bogroff, Etienne, Blottière, Mairet, Mossé etc) ausgezeichnete Resultate erhalten haben wollen, namentlich hinsichtlich der Symptome der Tachycardie, des Zitterns und selbst der Struma. Vielleicht erklärt sich dieser Widerspruch daraus, dass die sekretorische Hyperaktivität der Drüse sich manchmal mit einer ungenügenden oder fehlerhaften Funktion der Drüse vergesellschaftet.

2. Die speziellen, absoluten oder partiellen, Contraindikationen beziehen sich auf den Zustand des Herzens (fettige Degeneration), der Nieren, welche die Elimination der organischen Zerfallsprodukte zulassen müssen, der Leber und der Digestionswege, deren Läsionen, wenn sie einigermassen bedeutend sind, die Manifestation der Symptome des Thyreoidismus begünstigen.

Die Verabreichung per os hat die sukutane Injection fast ganz verdrängt und ist jetzt fast die einzig gebräuchliche Methode. Die Drüse soll von einem gesunden Tier (insbesondere ist die des Hammels im Gebrauch) herstammen und soll so aseptisch als möglich gewonnen und aufbewahrt werden. Am besten wendet man sie in frischem Zustande an und isst man sie gelegentlich der Mahlzeiten wie gewöhnliches Fleisch oder in kleine Stücke geschnitten in der Fleischbrühe oder mit etwas Zucker oder Succ. Liquir. vermischt.

Die Dosis soll dem Gewicht nach bestimmt werden und nicht nach Läppchen, wie dies manchmal geschieht, denn das Gewicht der einzelnen Läppchen kann zwischen 1 bis 6 gr variieren.

Man soll mit ziemlich kleinen Dosen. beginnen und allmählich zu grösseren Dosen fortschreiten, um so die individuelle Empfänglichkeit, die sehr verschieden ist, zu prüfen. Bei Erwachsenen wird man mit 0,5—2,0 tgl. beginnen können; je nach der Wirkung kann man die Tagesdose bis zu 3,0—4,0 steigern. Sobald die Krankheitserscheinungen sich bessern, sistiert man allmählich die Behandlung, um dann in grösseren oder geringeren Intervallen Dosen zu geben, die zu einem definitiven Heilungsresultat nötig sind (z. B. beim Myxödem 2,0 alle 2, 3 oder 5 Tage, bei Fettsucht 4,0 wöchentlich 2mal). Sobald Symptome der Intoleranz (Unregelmässigkeit des Pulses, Tachycardie, Herzpalpitationen, Kopfschmerz, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Müdigkeitsgefühl, Zittern etc.) auftreten, setze man die Behandlung aus oder verringere die Dosierung. Besonders überwache man bei der Behandlung Nieren-, Leber- oder

Digitized by Google

Herzkranke. Man muss sich ferner daran erinnern, dass Kinder besonders empfindlich gegenüber der Behandlung sind und dass demnach die Dosierung sorgfältig nach ihrem Alter zu bemessen ist. — Die Thyreoidbehandlung ist also eine Medikation, die man nur mit Vorsicht einleiten und mit der grössten Sorgfalt überwachen muss. Bedart und Mabille glauben, dass man die meisten üblen Zufälle vermeiden könne, wenn man daneben noch Arsenik, insbesondere in der Form der Solut. Fowler., verabreicht.

Man hat versucht, an Stelle der Drüsensubstanz die wirksamen Stoffe derselben, die man isoliert hat, zu verabreichen: das Thyreoidin von Vermehren, das Thyreoprotein von Notkine; das Thyreoantitoxin von Fränkel; ganz besonders das Jodothyrin oder Thyrojodin von Baumann, das unlöslich im Wasser, löslich im Alkohol und alkalischen Solutionen ist, Jod und Phosphor enthält und zu den Nucleo-Albuminen zu gehören scheint. Alle diese Stoffe scheinen aber weniger wirksam zu sein als die Drüsensubstanz selbst. Indessen soll nach Baumann u. Roos, Critchmaroff, das Jodothyrin auf die parenchymatösen (hypertrophischen) Strumen junger Individuen eine raschere Wirkung ausüben als die Extrakte der Thyreoidea und das Jod.

Es erübrigt uns noch, auf die Unterscheidung zwischen der Glandula thyreoidea und der glandulae parathyreoid., die wir oben berührt haben, zurückzukommen. Gley, der sich zuerst mit den letzteren beschäftigt hat, hatte ihnen eine Ersatzrolle für die Glandul. thyreoid. zuerkannt. Nach den Untersuchungen von Vassale und Generali, Thiroloix, Langlois u. a. scheint ihre Funktion eine antitoxische zu sein, während diejenigen der Glandul. thyreoid. eine trophische ist. Der Ausfall der parathyreoidalen Funktion bringt hervor: Tachycardie, Dyspnoe, Convulsionen, Spasmen, Tetanie, die oft mit Tod endigt; die Unterdrückung der thyreoidalen Funktion neben Erhaltung der parathyreoidalen Funktion verursacht nur leichte Convulsionen, führt aber zu einer Verminderung des Stoffwechsels im Organismus mit Temperaturerniedrigung und schliesslich zur Cachexia strumipriva. Von dem übermässigen Wachsthum und der unfreiwilligen Entfernung beider Drüsengruppen hängen dann die verschiedenen obenerwähnten Symptome ab. Basiert auf diese Theorie erhielt Mouhsu in seinen Experimenten ein rasches Verschwinden der convulsiven Attaquen bei thyreoidectomisierten Hunden durch subcutane oder intravenöse Injection des Extractes von 12—20 Parathyreoid-Drüsen, während sich das Thyreoid-Extract unwirksam bei denselben erwiesen hatte. Hingegen hat Charrin durch Anwendung der Parathyreoid-Drüsen bei 3 Kranken mit Myxödem keine Wirkung erzielen können, während sie vorher durch den Gebrauch der Glandul. thyreoid. gebessert wurden.

Referate.

Innere Darreichung des Diphtherieserums. Von N. Fedele. (Gaz. degli osped. 25. Dezember 1898. Klinisch-therapeutische Wochenschr. No. 3. 1899).

F., welcher bereits über die günstigen Erfolge dieser Methode berichtet hat, betont, dass die klinische Erfahrung durchaus zu Gunsten

Digitized by Google

dieser Darreichung spricht, wenn auch die Ergebnisse der Laboratoriumsforschung dieselbe als nutzlos hinstellen, weil das Antitoxin nicht dialysierbar ist und im verdautem Zustande seine antitoxischen Eigenschaften verliert. F. wurde zu einem 6jährigen, an schwerer Diphtherie erkranktem Kinde gerufen, bei welchem es wegen heftigem Sträubens unmöglich war, das mitgebrachte Serum zu injicieren. Er liess daher die Dosis (1000 S. E.) dem Kinde in einer Tasse Milch intern verabreichen und konnte schon am nächsten Tage eine wesentliche Besserung des schweren Krankheitsbildes konstatieren. Das Kind bekam nun die gleiche Serumdosis wieder in Milch verabreicht, die Heilung schritt fort und im Verlauf von sechs Tagen waren alle Symptome geschwunden. Einige Tage später erkrankte die 11jährige Schwester des Kindes gleichfalls an Diphtherie, und auch hier wurden zwei Dosen Serum von je 1000 S. E. in Milch intern mit gleichem Heilerfolge verabreicht. Die Methode ist demnach in solchen Fällen besonders zu empfehlen, wo unter ungünstigen äusseren Verhältnissen behandelt werden muss und sich die Kinder gegen die Vornahme der Injektion mit allen Kräften sträuben. Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Klinik und Diagnostik der Tuberkulose im ersten Lebensjahr. Von Bulius. (Jahrb. f. Kinderheilk. XLIX Bd. 2. u. 3. Heft).

Die Diagnose der Tuberkulose im Kindes- und insbesondere im Säuglingsalter bietet meist wegen der Vieldeutigkeit und Unbestimmtheit der Symptome grosse Schwierigkeiten. B. versucht auf Grund von 27 Fällen von Säuglingstuberkulose, die er auf der Kinderklinik zu Berlin sorgfältig beobachtet hat, gewisse Anhaltspunkte zu gewinnen. 24 dieser Fälle kamen zur Sektion.

Was das pathologisch-anatomische Bild anbetrifft, so bestand stets Tuberkulose der Bronchialdrüsen, die als die primäre Erkrankung in allen Fällen aufgefasst werden konnte. Meist waren gleichzeitig die Drüsen des Mediastinums und des Lungengewebes erkrankt. Im Anschluss daran kamen vor: periglanduläre Pneumonien, akute tuberkulöse Pneumonien, akute Miliartuberkulose, sowie Peribronchitis tuberculosa und multiple käsige Bronchopneumonie. Die Tuberkulose im Säuglingsalter begnügt sich selten mit einer dieser Affektionen; dadurch entstehen oft recht bunte anatomische Bilder u. Mischformen, bei denen es oft nicht leicht ist zu entscheiden, welches die vorherrschende Form ist. Namentlich die Kombination von Drüsentuberkulose mit Durchbruch in die Bronchien und Lymphbahnen ist häufig.

In diagnostischer Beziehung ist folgendes zu bemerken: Die Tuberkulose im ersten Lebensjahr liefert, falls der Nachweiss von Tuberkelbazillen im Sputum misslingt, ausser den nur in einem Teil der Fälle gefundenen charakteristischen tuberkulösen Haut- und Knochenleiden kein Symptom, welches an sich ein sicheres Urteil erlaubt. Andrerseits ruft sie eine so grosse Anzahl von Krankheitserscheinungen hervor, dass man aus dem gleichzeitigen Vorhandensein einer Reihe derselben doch die meisten Fälle erkennen kann. Für Tuberkulose spricht im Zweifelsfalle dringend, wenn anamnestisch belastende Daten zu eruieren sind. Die Anamnese hat sich dabei nicht mit der Heredität zu begnügen, sondern muss auch der Möglichkeit der Infektion durch fernstehende, nur vorübergehend mit dem Kind in Berührung kommende Personen

Digitized by Google

gerecht werden. Für Tuberkulose spricht, wenn bei geringen Krankheitserscheinungen chronischer Natur ein auffallender Umschlag der Stimmung ins mürrische erfolgt; ferner wenn bei gutem Appetit und Verdauung, bei zweckmässiger Ernährung und Ausschluss anderer Momente eine langsame Konsumption beobachtet wird.

Diagnostisch sind mässige periphere Drüsenschwellungen nicht zu verwerten. Verdächtig ist die Schwellung der Supraklavikulardrüsen, besonders, wenn Nacken- und Halsdrüsen fehlen oder klein sind. Beweisend für Tuberkulose ist die Schwellung der Mesenterialdrüsen. — Schwellung der Milz wurde in keinem Falle vermisst, doch ist dieses Symptom zur Diagnose nicht verwertbar, da es durch mannigfache andere Ursachen (Rachitis, Lues) hervorgerufen sein kann. Beweisend wird der Milztumor, wenn man die auf seiner Oberfläche entstandenen Knötchen deutlich fühlen kann. — Charakteristische Hustenanfälle (Bronchialdrüsenhusten) sind für Tuberkulose sehr belastend. Für die Diagnose sind die specifisch tuberkulösen Affektionen der Haut und der Knochen — also Skrophuloderma, tuberkulöses Hautgeschwür, Spina ventosa — sehr wohl verwertbar. Sie vermögen die richtige Deutung einer Lungenaffektion herbeizuführen. Die dyskrasischen Hautaffektionen (Furunkulose, Ekzeme) können nur dann als Stütze der Diagnose dienen, wenn andere Ursachen ausgeschlossen werden können (Sepsis), und dann insbesondere, wenn sie gut genährte Kinder betreffen.

Für die Diagnose akuter oder progredienter Tuberkulose kommen zu den genannten noch folgende Momente hinzu:

1. Auffallende durch den sonstigen Befund nicht erklärbare Unruhe und Jaktation.
2. Zeitweilige Konvulsionen bei Abwesenheit anderer krampfbedingender Momente.
3. Fehlen von Diarrhoe und Nephritis bei Abwesenheit vorher bestehender in Betracht zu ziehender Erkrankungen. Vorhandensein derselben spricht gegen Tuberkulose.
4. Cyanose und auffallende Beschleunigung der Atmung, wenn diese im Missverhältnis zum Lungenbefund steht und eine Täuschung durch Thoraxrachitis ausgeschlossen werden kann.
5. Produktion grosser Sputumballen.
6. Vorübergehende Collapsanfälle bei noch wenig reduzierten, nicht darmleidenden Kindern.
7. Das Auftreten mittel- und grossblasiger klingender Rasselgeräusche bei vorhandenen ausgedehnten Lungeninfiltrationen.

Die klinischen Krankheitsbilder, welche die Tuberkulose im ersten Lebensjahr bietet, sind nicht immer scharf umgrenzte. Diesen Umstand erklärt die Pathogenese: Eine anfangs bestehende Bronchialdrüsentuberkulose führt zur Erkrankung der Drüsen des Lungengewebes, diese zu periglandulären Pneumonien. Die befallenen Bezirke verkäsen, eröffnen hierbei die Blutbahn oder zerstören die Wandung der Luftwege. Miliartuberkulose bzw. Aspirationspneumonien sind die Folge. Parallel hiermit entwickelt sich oft das klinische Bild, zuerst nur Abmagerung und keuchhustenartige Anfälle, dann Fieber und gedämpfte Bezirke über den Lungen. Cyanose und die grosse Reihe der erwähnten Symptome gesellen sich hinzu, bis schliesslich eine Meningitis den Exitus herbeiführt.

Je mannigfacher die Ausbreitungswege, welche die Tuberkulose in

Digitized by Google

ein und demselben Fall betritt, desto komplizierter ist das klinische Bild; am reinsten ist es in den Fällen von akuter Miliartuberkulose und akuter tuberkulöser Pneumonie. Schnell-Egeln.

Multiple Papillome des Larynx bei jungen Kindern allein durch Tracheotomie behandelt. Von Bailton. (Brit. med. Journ. Febr. 1898).

In dem ersten Fall wurde die Canüle 45 Monate getragen.

Es handelte sich um ein Mädchen von $3^1/_4$ Jahren mit deutlichen Erscheinungen der Larynxstenose, Pfeifen bei der In- und Exspiration, chronischer Heiserkeit und Crouphusten. Die Heiserkeit bestand schon ungefähr 2 Jahre und war durch einen vor 6 Monaten überstandenen Keuchhusten noch stärker geworden. In der letzten Zeit waren Anfälle von Dyspnoe während der Nacht aufgetreten. Die Diagnose lautete auf Papillome trotz der misslungenen Versuche von Laryngoskospiren, wegen der Erregheit des Kindes, und wurde bestätigt durch das Erscheinen des Tumors in der Tracheotomiewunde, die wegen schwerer Dyspnoe am 23. Februar 1894 gemacht wurde und sofort Besserung brachte. Acht Tage nach der Operation wurde die Metallcanüle durch eine Caoutchouccanüle vertauscht, die 3 mal wöchentlich gewechselt und bis zum 16. November 1 97 getragen wurde, also 3 Jahre und 9 Monate. Dann wurde die Wunde durch eine autoplastische Operation geschlossen. Nach der Tracheotomie wurden die Tumoren excidiert und Arsen innerlich gereicht, worauf ausser einem leichten Recidiv, das ebenso behandelt wurde, bis zur vollständigen Heilung des Kindes keine Störung eintrat. Von Zeit zu Zeit wurde der Zustand der Stimme und der Respiration durch temporären Verschluss der Wunde beobachtet, aber die Canüle wieder eingelegt, bis das Pfeifen und die Heiserkeit ganz verschwunden war.

In dem zweiten Fall wurde die Canüle 25 Monate getragen.

Derselbe betraf ein 4jähriges Mädchen mit Heiserkeit, Crouphusten und Dyspnoeanfällen während der Nacht. Die laryngoskopische Untersuchung ergab warzenförmige Tumoren, ausgehend von dem Ventrikel des Larynx und ebensolche auf den Stimmbändern. Die Tracheotomie wurde am 9. Mai gemacht und die Canüle von Caoutchouc bis zum 5. Juni 1896 getragen, wo jede Spur von Husten verschwunden und die Stimme wieder normal klingend geworden war. Jetzt ist nach 18 Monaten kein Recidiv wieder aufgetreten.

Man hatte sich bei diesen Fällen auf die Tracheotomie allein beschränkt, weil die radikaleren Operationen wie die Thyreotomie oder die endolaryngeale Exstirpation dieser Tumoren selbst durch sehr geübte Operateure bei Kindern misslingen. Es scheint eine spontane Atrophie der Papillome zu entstehen, wenn man die durch die Respiration oder den Husten verursachten Reize ausschaltet. Auf die Darreichung des Arsens legt Verf. keinen Wert.

Drews-Hamburg.

Einige Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen. Von Torday. (Gyermekgyògyaszat. 1899. No. 2).

Die mitgeteilten 12 Fälle betreffen Kinder, welche zufälligerweise oder im Spiel den Fremdkörper in den Mund genommen und dann aspiriert hatten; drei wurden als angebliche croupöse Laryngitiden in das

Digitized by Google

Stefanie-Kinderspital aufgenommen; einer derselben von der chirurgischen Klinik zugeschickt. Fünfmal war ein Melone- einmal ein Kürbiskern, sechsmal Bohnen beziehungsweise Knochensplitter die Ursache der Erkrankung. Fünf Fälle endigten letal, sieben gesundeten vollkommen; das Alter der erkrankten Kinder variierte zwischen 1—5 Jahren. Abweichend von Preobraschensky findet T. dass die Fremdkörper mehr in die Bronchien als in den Kehlkopf aspiriert werden und ist die Prognose bezüglich der Heilung der ersteren viel ungünstiger als dies von P. zugegeben wird. Als therapeutischer Eingriff wurde bei allen Kindern die Tracheotomie gemacht und sind besonders zwei Fälle erwähnenswert, wo der Fremdkörper sieben Wochen in den Luftwegen fixiert gewesen. Die Verstorbenen gingen an Asphyxie beziehungsweise croupöser Pneumonie zu Grunde. Die Trachea wurde stets tief unten mit einem Längsschnitte eröffnet und nach Entfernung des Fremdkörpers eine Canüle eingelegt, um die Entstehung einer Aspiration der trachealen Wundränder, eines mediastinalen Emphysems oder eines Pneumothorax zu verhüten.

L. Bruck-Budapest.

Ueber die Therapie der Typhlitis stercoralis und der Coprostasen im Kindesalter. Von C. Fürst. (Therapie der Gegenwart, 1890 No. 3.)

Verf. behandelt seit längerer Zeit die Darmträgheit im kindlichen Alter erfolgreich mit Darmeingiessungen von Hunyadi-Janos Bitterwasser, wobei er einem Liter lauen Wassers für jedes Lebensalter 1 Esslöffel Bitterwasser bis 6 Esslöffel im Maximum zusetzt. In Verbindung mit Massage, Darreichung von fettreicher Milch und — bei grösseren Kindern — reichlicher Pflanzenkost heilen so selbst sehr hartnäckige Fälle von Obstipation.

Verf. hat nun in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, dieselbe Methode auch bei schweren Coprostosen mit entzündlicher Reizung des Peritonealüberzuges anzuwenden, und zwar teils in solchen Fällen, wo der mit der Kothstauung verbundene lokale Schmerz zweifellos einem Teile des Colon entsprach, als auch in solchen, bei denen man eine Anhäufung von Koth in einer Dünndarmschlinge annehmen musste. Bisweilen finden sich in solchen Fällen auch leichte Temperaturerhebungen bis 38,2, nie ausgesprochenes Fieber, wie diffuse Peritonitis, wohl aber zuweilen eine umschriebene, leichte Peritonitis.

Nach derselben Methode hat Verf. noch 3 Fälle von zweifelloser Typhlitis stercoralis, die allerdings ohne Beteiligung des Wurmfortsatzes verlaufen sind, erfolgreich behandelt. Von Opium giebt Verf. bei Typhlitis stercoralis nur im Notfalle anfangs eine grössere Dosis, aber schon am ersten Tage eine reichliche Eingiessung, wobei als Lösungsmittel statt Wasser Kamillenthee gebraucht wird. Diese Eingiessung wird täglich wiederholt, daneben protrahierte laue Bäder, absolute Bettruhe und Eisbeutel auf die Coecalgegend.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Ein neuer eiweissartiger Bestandteil der Milch. Von A. Wróblewski. A. d. k. k. allgem. Untersuchungsanstalt f. Lebensmittel in Krakau. (Zeitschrft f. phys. Chemie 1898. Bd. XXVI. Heft 3 u. 4).

Verf. entdeckte in der Frauen-, (schon vor 4 Jahren) in der Kuh- und in der Stutenmilch einen Proteinstoff, welcher wahrscheinlich für die

Digitized by Google

drei genannten Milchsorten verschieden, aber ähnlich ist; da die Unterschiede noch nicht präzisiert sind, und das charakteristische Verhalten für sie alle gemeinschaftlich ist, so ist es erlaubt, von einem solchen Körper zu reden. Verf. nennt denselben Opalisin. Er wird durch das Aussalzen mit Natriumchlorid aus den Mutterlaugen der Essigsäurefällung des Caseins erhalten. Er reduziert Fehling'sche Lösung auch nach dem Kochen mit Salzsäure nicht; spaltet bei der Pepsinverdauung kein Pseudonuclein ab; er giebt die Biuret-, Millon-, Xanthoproteinreaktion wie auch die Reaktion von Adamkiewicz; er enthält nur wenig bleischwärzenden Schwefel, er braucht zur Sättigung mehr Natronlauge als das Casein; er wird weder beim Kochen seiner Lösungen, noch bei der Dialyse gefällt; charakteristisch ist, dass seine Lösungen mehr oder weniger opalisieren.

Das trocken dargestellte Opalisin löst sich im Wasser nur teilweise, das Filtrat opalisiert stark; in Alkalien löst es sich leichter, in Säuren schwieriger, besonders schwer in Essigsäure. Versetzt man eine neutrale Lösung des Opalisins mit Essigsäure, so fällt ein Niederschlag, welcher sich im Ueberschuss der Säure nicht vollständig löst, die Flüssigkeit opalisiert stark und bildet beim Schütteln mit Luft kleine klebrige faserige Flöckchen. In dieser Beziehung ähnelt das Opalisin den Mucinen.

Das Opalisin kommt in der Frauenmilch in reichlicher Menge, in der Stutenmilch in kleinerer und in der Kuhmilch in sehr kleiner Menge vor. Das Opalisin ist diejenige Substanz, welche die Fällung des Frauencaseins in so hohem Grade erschwert.

Hierdurch ist wiederum ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen der Frauen- und der Kuhmilch festgestellt.

Köppen-Norden.

Hysterie bei Schulkindern. Von Berdach. (Wiener Medicinische Wochenschrift, No. 27, 1899.)

B. veröffentlicht mehrere Fälle von Hysterie bei Schulkindern, welche er als städtischer Bezirksarzt zu beobachten, Gelegenheit hatte. Eine grosse Rolle in der Aetiologie der kindlichen Hysterie spielte zweifellos die Heredität, indem sich zumeist Neurosen oder chronischer Alkoholismus bei Eltern, bezw. Grosseltern konstatieren liessen. Bei solchen prädisponierten Individuen giebt dann in der Regel ein psychisches Trauma, in manchen Fällen der Imitationstrieb leicht die nächste Ursache für die Auslösung des ersten Anfalles ab. Die Kinder sind meist anämisch, schlecht genährt und sämtliche beobachtete Fälle standen im schulpflichtigen Alter. Das Krankheitsbild der Hysterie der Kinder ist weniger vielgestaltig als das der Erwachsenen. Charakteristisch für dieselbe ist das zumeist plötzliche Auftreten derselben inmitten scheinbar völliger Gesundheit. Ein weiterer Unterschied gegenüber der Hysterie der Erwachsenen ist der raschere Verlauf, jedoch sieht man auch nach ganz kurzem Bestande oft Recidive. Die Symptome, in welchen sich die infantile Hysterie äussert, äussern sich entweder in einer convulsiven und paralytischen Form als Ausdruck der Störung in der Motilitätssphäre, oder in einer hypnotischen Form, zu welcher die Anfälle von Schlafsucht, Somnambulismus u. dgl. gehören. Die convulsive Form äussert sich nun wieder in mannigfacher Weise. Die Krämpfe können partielle oder

Digitized by Google

allgemeine sein. Die partiellen beschränken sich zumeist auf bestimmte Nervenbahnen oder auf bestimmte funktionelle Gebiete, hierher gehören das Zittern in einzelnen Muskelgruppen, der halbseitige oder der Tremor des ganzen Körpers, ferner unwillkührliche Muskelbewegungen, krampfhafte Peristaltik des Oesophagus, das hysterische Erbrechen, cirkuläre Abschnürungen von Darmstücken mit hochgradiger Gasanhäufung als Ausdruck partiellen Darmkrampfes, die Gähn-, Nies- und Lachkrämpfe. Am bemerkenswertesten manifestieren sich wohl die partiellen Krämpfe im Bereiche des Respirationstraktes, des Kehlkopfes und des Zwerchfells, welche, in rhytmischer Weise sich wiederholend, zumeist von intensiven, weithin hörbaren Geräuschen begleitet sind. Diese entstehen entweder inspiratorisch in der Art des Singultus oder exspiratorisch nach Art des Hustens und Schreiens. Was den hysterischen Singultus anbelangt, so ist derselbe nicht allein durch laute Stimmäusserung, sondern auch durch epidemische Ausbreitung ausgezeichnet.

Was die Behandlung anbelangt, so muss in erster Linie die Anämie bekämpft werden, also vor Allem sorgfältige und ausgiebige Ernährung, der längere Gebrauch von Bade- und Luftkuren. Die Kinder müssen bis zu ihrer vollständigen Heilung von der Schule ferngehalten werden, auch sind sie vor jeder Ueberanstrengung, sowie vor starken Gemütsaffekten, aufregenden Schaustellungen zu bewahren. Auch muss auf eine rationelle häusliche Erziehung hingewirkt werden. Die Behandlung des Anfalles selbst ist in der Regel erfolglos. In sehr seltenen Fällen kann man durch einen plötzlich über das Gesicht geleiteten Wasserstrahl, durch Anschreien den Anfall unterbrechen. In verzweifelten Fällen ist die Hypnose zu versuchen, welche B. mit wirklich überraschendem Erfolge angewendet hat.

Dr. Goldbaum-Wien.

Hydrocephalus und Hypoplasie der Nebennieren. Von A. Czerny. (Centralblatt für Allgemeine Pathologie etc. 1899. X. Bd. No. 7.)

Bei kongenitalem Hydrocephalus giebt die Gehirnsektion keine Erklärung für die Entstehung des abnormen Zustandes; sie zeigt nur die Folgen des Drucks der grossen Flüssigkeitsmenge. Dies bestimmte C. nachzuforschen, ob die Ursache des Hydrocephalus nicht ausserhalb der Schädelrückenmarkhöhle zu suchen und zu finden sei. Von der Vorstellung ausgehend, dass die Entstehung eines Hydrocephalus am besten dadurch annehmbar erscheine, dass es sich dabei um ein Hindernis in den Abflusswegen der Ventrikelflüssigkeit handele, versuchte Verf. darüber zur Klarheit zu gelangen, wohin unter physiologischen Verhältnissen die Ventrikelflüssigkeit bei Erhöhung des Druckes entweichen könne. Er injizierte zu diesem Zwecke jungen weissen Ratten Berlinerblau in die Gehirnventrikel und suchte nach der ersten Austrittsstelle der Farbe in der Leibeshöhle und stellte fest, dass die Farbe zuerst in einem Lymphgefäss sichtbar wurde, welches einen Zweig zur Nebenniere abgiebt und im weiteren Verlaufe zu den Lymphdrüsen des Beckens führt. Auf Grund dieser Beobachtung untersuchte Verf. die Nebennieren bei Hydrocephalus zunächst in fünf Fällen und fand in allen die Nebennieren in gleicher Weise verändert. Das histologische Bild der letzteren zeigt, dass es sich um eine Entwickelungshemmung handelt, welche viel früher zustande kommt, als die Zunahme der Ven-

Digitized by Google

trikelflüssigkeit im Gehirn beginnt. Makroskopisch fiel an den betr. Nebennieren nichts Besonderes auf. Mikroskopisch dagegen zeigten die betr. Nebennieren das Fehlen der sog. Marksubstanz; die aneinanderstossenden Rindenschichten waren nur durch einzelne Quer- und Längsschnitte grosser Venen von einander getrennt.

Köppen-Norden.

Eine im Foetalleben geheilte Spina bifida. Von Eröss. (Gyermekgyógyàszat 1899. No. 2.)

Der Fall wurde auf der Frauenklinik beobachtet, das gut entwickelte, 3100 g schwere neugeborene Kind hat am Nacken, knapp über dem vierten Halswirbel eine nussgrosse Geschwulst, welche gestielt aufsitzt und sich sackförmig ausstülpt. Ihre Länge beträgt 3 cm, ihr Umfang 31 mm; die Haut über ihr, wohl etwas verdünnt, ist haarlos, narbenfrei und in Falten leicht aufzuheben. — Die Geschwulst fluktuiert nicht, kann leicht komprimiert werden und fühlt sich wie ein schlaffer Ledersack an, in dessen Innerem von oben nach unten ein federkieldicker, narbiger Strang verläuft, der mit der Hautdecke nirgends zusammenhängt und am vierten Halswirbel angewachsen ist. Beim Umgreifen der Geschwulst, hart an ihrer Basis, kann man die abgestumpften Knochenenden als Teile des Halswirbels genau explorieren und zwischen denselben eine ungefähr centimeterbreite Spalte konstatieren, aus welcher der narbige Geschwulststrang entspringt. Beim Ziehen desselben ist ein leises Mitschwingen der ihn einschliessenden Knochenenden nachweisbar. Die übrigen Halswirbel sind vollkommen normal, auf Druck verkleinert sich die Geschwulst nicht, auch behält sie ihre Grösse während des Weinens und des Atmens unverändert bei. Das Kind nimmt die Brust gut, verdaut regelmässig, Paresen fehlen, auch zeigen die unwillkürlichen Bewegungen keinerlei Anomalie. Nash 14tägigem Aufenthalt auf der Abteilung wird das Kind gesund entlassen. — Der klinische Befund veranlasst E., eine Spina bifida occulta zu diagnosticieren, der möglicherweise eine Meningocele vorhergegangen war. Bei der Erklärung der Heilung dieser Hydrorrhachis hält sich E. an die Theorien Reklinghausen's.

L. Bruck-Budapest.

Ueber Eczembehandlung. Von Joseph. (Archiv. f. Kinderheilk. 26. Bd. 5. u. 6. Heft.)

Beim Kinde kann man viel mehr als beim Erwachsenen, sehr häufig durch zweckmässige prophylaktische Massregeln entweder das Auftreten des Eczems überhaupt verhüten oder doch erheblich einschränken. Man soll die Kinder nur einmal täglich baden und sonstige Waschungen fortlassen. Nach den Defäkationen und dem Urinieren wird die Haut mit trockener Watte abgewischt. Sollten Fäkalmassen der Haut angetrocknet sein, so giesst man Rüböl auf Watte und entfernt hiermit die Verunreinigung. Beim Baden wird zugleich die Haut mit einer neutralen Seife gereinigt. (J. empfiehlt die centrifugierte Kinderseife aus der Heine'schen Fabrik in Köpenick.)

Zeigen sich nur die ersten Spuren des Eczems, so ist jedes Verbot von Bädern oder auch nur von Waschen der erkrankten Stellen angezeigt, sowie der Gebrauch von Seife zu untersagen.

Steht das Eczem in voller Blüte, so ist erst recht jedes Waschen

Digitized by Google

und Baden zu verbieten; erst nach Beseitigung jeglicher Reizungserscheinung sind einfache Reinigungsbäder gestattet.

Im akuten, erythematösen Frühstadium des Eczems wendet man indifferente Puder an oder, falls der Puder allein nicht haftet, lässt vorher die kranken Stellen mit etwas Vaselinum flavum einfetten. Empfehlenswerter ist die Zinkpaste (Zinc. oxydat., Amyli $\overline{aa}$ 25,0, Vaselini flavi 50,0).

Ist es bereits zum Nässen gekommen, so versuche man, falls die kranken Stellen nicht zu grosse Körpergebiete einnehmen, zunächst Umschläge mit essigsaurer Thonerde (2 Esslöffel auf $^1/_4$ Liter stubenwarmes Wasser, damit Leinwandlappen tüchtig durchtränken), die alle 1—2 Stunden gewechselt werden. Diese Therapie darf nicht zu lange fortgesetzt werden. Sobald die Haut gespannt erscheint und stark trocknet, sind Salben am Platze. Man streicht die Zinkpaste messerrückendick auf; darüber lässt man eine ganz dünne Lage Watte legen und bei den Extremitäten eine Trikotschlauchbinde herüberziehen, am Rumpf eine Cambricbinde anlegen und im Gesicht eine Maske aus Leinwand darüber legen. Der Verband wird morgens und abends erneuert, ohne dass jedesmal die alte Salbe entfernt wird; die Reinigung geschieht nur alle 3—4 Tage vermittels mit frischem Oel (Oleum rapae, olivarum) durchtränkter Watte. So kann man die Behandlung Wochen, ja Monate lang fortsetzen. In vorsichtiger Weise lässt man dann bei Beginn der Heilung wieder baden. Wo die Verhältnisse es gestatten, setzt man dem Badewasser 1—2 Liter Milch hinzu; wo nicht, wird Kleie als Badezusatz genommen. Nach dem Baden versäume man nie, die vorher kranken Stellen mit Lanolin oder Vaselin einzufetten, und da, wo zwei Hautstellen aneinander liegen, zu pudern.

Man kann auch, namentlich bei geringfügigen oder in Abheilung begriffenen Eczemen des Gesichts, sowie zur Nachbehandlung die Wilson'sche Salbe benutzen:

Rp.	Tinctur benzoës	15,0
	Evapora ad	7,0
	Ungt. lenient ad	100,0
	Digere, cola, adde	
	Zinci oxydat	10,0
	M. f. unguent.	

Bei intertriginösen Eczemen der Kinder ist es zuweilen empfehlenswert, erst mit einer 2—5prozentigen Höllensteinlösung zu pinseln und dann die Paste oder Salbe draufzulegen.

Ist die Rötung des Eczems geschwunden und hat das Nässen aufgehört, sind die Kinder aber trotzdem noch von starkem Jucken belästigt, geht man zum Theer über. Man beginnt vorsichtig mit einer 5prozentigen Theerpaste.

Rp.	Olei Cadini puri	5,0
	Zinc. oxydat.	
	Amyli $\overline{aa}$	22,5
	Vaselini flav. ad	100,0

und geht erst, wenn diese gut vertragen wird, zu einer 10prozentigen über. Man kann auch folgende Schüttelmixtur verwenden:

Digitized by Google

Rp. Liquor. carbon. deterg. 2,5—5,0
Amyli.
Zinc. oxydat. $\overline{aa}$ 20,0
Glycerin. 30,0
Aq. destill. ad 100,0

Dieselbe wird am Morgen aufgepinselt und am Abend darauf ein Zinkpastenverband angelegt.

Bei subakuten und chronischen Eczemen der unbehaarten Körperstellen ist das Naftalan empfehlenswert.

Bei Eczem des behaarten Kopfes ist es durchaus nicht nötig, die Haare abzuschneiden. Sind Pediculi die Ursache desselben, so lässt man den Kopf am 1. Tage 2mal mit 3—4 Prozent Sublimatessig abwaschen und dann sofort folgende Salbe messerrückendick auf die erkrankten Stellen auflegen:

Rp. Hydrarg. sulfur. rubri 1,0
Sulfur. sublimati 24,0
Olei Bergamottae gtt. XXV.
Vaselini flavi ad 100,0

Ist das Nässen gar zu stark, so kann man auch zunächst 2—3 Tage Umschläge mit essigsaurer Thonerde machen lassen und dann erst die Salbe auflegen. Das Waschen mit lauwarmen Wasser und Kinderseife wird erst gestattet, wenn das Nässen aufgehört und die Entzündung sich zurückgebildet hat.

Zur Nachbehandlung empfiehlt sich das 2mal tägliche Einfetten mit folgender Salbe:

Rp. Acid. salicylic 0,5
Tinct. Benzoes 4,0
Ol. Bergamott. 0,5
Vaselini flavi ad 50,0

Was die innere Behandlung des Eczems anbetrifft, so hat man bei Säuglingen nur für eine zweckmässige Ernährung zu sorgen. Bei älteren Kindern ist Leberthran empfehlenswerter als Arsen. Natürlich sind die Indikationen, welche sich aus sonstigen Allgemeinerkrankungen der Kinder ergeben, für die innere Therapie nicht zu vernachlässigen.

Schnell-Egeln.

Ueber Hyperidrosis spinalis superior. Von Kaposi. (Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 3. März 1899).

K. stellte einen 15jährigen Knaben mit Hyperidrosis spinalis sup. vor. Derselbe soll schon im 1. Lebensjahre an der Nasenspitze geschwitzt haben, bis zum 8. Jahre nahm die Affektion an Ausdehnung zu, um dann bis jetzt stationär zu bleiben. Patient zeigt gegenwärtig Hyperidrosis an der Nasenspitze, den Augenbrauen, Ohren, an einzelnen Stellen des Halses, an den oberen Extremitäten bis zur Handwurzel und am Stamme bis zur 6. Rippe. Der Kranke trieft im Winter von Schweiss, die Schweisssekretion hört aber auf, wenn er durch schnelle Bewegung warm wird, im Sommer schwitzt er in normaler Weise. Patient zeigt an den peripheren Teilen Cyanose. Bei peripherer Reizung eines Teiles des Körpers stellt sich sofort Hyperidrosis ein, z. B. nach einem kalten Fussbade, nach einem Trunk kalten Wassers; nach einem warmen Bade gelingt es durch eine halbe Stunde nicht, die Hyperidrosis hervorzu-

Digitized by Google

rufen. Nach Pilokarpin-Einspritzung schwitzt der ganze Körper, ein durch Ligatur blutleer gemachter Arm schwitzt dabei nicht; auf nachfolgende Atropininjektion verschwindet der Schweiss am ganzen Körper, wenn jedoch die Ligatur am Arm gelöst wird, fängt dieser an zu schwitzen, die Schweisssekretion hört jedoch, jedenfalls infolge der Atropininjektion, bald auf. Die Affektion beruht auf einer übermässigen Funktion der Knäueldrüsen der Haut, deren Funktion von der Gefässbildung derselben und von nervösen Einflüssen abhängt. Das ätiologische Moment der abnorm vermehrten Schweisssekretion in umschriebenen Bezirken kann auf Reizung der vasomotorischen und sekretorischen Bahnen in ihrem peripheren Verlaufe (durch Narben), in Intervertebralganglion (bei Herpes Zoster) oder in den Centren des Rückenmarkes und des Gehirnes (bei Migräne) beruhen. Gekreuzte Hyperidrosis wird bei Paraplegien beobachtet. Ferner kommt übermässige Schweissabsonderung bei Personen mit cyanotischen und kalten Händen, Nase und Ohren, flachem Thorax, Plattfüssen, darniederliegender Digestion vor, ferner bei M. Basedowii. Nach der Ansicht des Vortragenden handelt es sich in dem vorgestellten Falle um eine centrale Hyperidrosis infolge Reizung des Brustmarkes, vielleicht auch eines höheren Abschnittes des Centralnervensystems, welches infolge Hydromyelie — Patient zeigt eine leichte Scoliose und Hydrocephalus — in einem leicht erregbaren Zustande sich befindet und auf geringfügige Reize übermässig reagiert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber die therapeutische Verwendung colloidaler Metalle. Von Schlossmann. (Therap. Monatsh. 1899, V.)

Nach Sch.'s Erfahrungen ist das colloidale Silber in den zur therapeutischen Verwendung gelangenden Dosen absolut ungiftig. Subkutan, peros, per inunctionem sowie intraperitoneal appliziert, und zwar bei Tieren bis zu 1:360 des Körpergewichts, hat es nie irgend ein Vergiftungssymptom hervorgerufen. In Milch mit etwas Zucker versetzt, wird eine 1prozentige Lösung von Kindern widerstandslos genommen. Eine 1prozentige Lösung in mit Eiweiss versetztem Wasser hat absolut keine reizende Wirkung auf gesunde wie auf entzündete Schleimhäute. Einträufelung ins Auge ruft ebenfalls keine Empfindung hervor. Auch die Applikation an anderen Schleimhäuten wird durchaus nicht schmerzhaft empfunden.

Sch. behandelte mit Unguentum Credé Phlegmonen, Pemphigus neonatorum, Drüsenschwellungen nach Impfung, Scharlach und Diphtherie. Was die dabei erzielte Wirkung betrifft, so glaubte er in einigen Fällen von phlegmonösen Entzündungen guten Erfolg gesehen zu haben, in anderen Fällen nahm jedoch der Prozess unbeeinflusst seinen Fortgang. Besser scheint der Einfluss der Salbe auf die Drüsenschwellungen bei akuten Infektionskrankheiten zu sein. Subkutan wurde das colloidale Silber bei einigen Fällen von tiefsitzenden Drüsenschwellungen angewandt, welche Applikation eine sicherere Dosierung als die Einreibung ermöglicht. Die Einspritzung ist anscheinend so gut wie schmerzlos und der Erfolg ein befriedigender.

Bei akuten Conjunctivitiden, vor allem bei dem gonorrhoischen Ophthalmoblennorrhoen, wurde die Conjunctiva mit einer 1—5prozentigen

Digitized by Google

eiweisshaltigen Lösung vermittelst eines Haarpinsels überstrichen, und der Erfolg war stets ein vorzüglicher.

Nicht so gute Resultate wurden erreicht, wenn eine gleiche Lösung bei eitrigen Mittelohrentzündungen ins Ohr geträufelt wurde. Die Schwierigkeit, hier das leitende Agens an die richtige Stelle zu führen, mag an den Misserfolgen die Hauptschuld tragen.

Dagegen leistete das Präparat in 1prozentiger Lösung bei der Behandlung der Colicystitiden unübertreffliche Dienste.

Innerlich scheint das colloidale Silber, in 1prozentiger Eiweisslösung ein- bis zweistündlich einen Kinderlöffel voll mit etwas Milch und Syrup verabreicht, bei Kindern mit akuten Darmaffektionen infektiöser Natur mit Vorteil gebraucht zu werden.

Was das colloidale Quecksilber anbetrifft, so hat Sch. dasselbe als 10prozentige Salbe bei kongenitaler Lues angewandt. In allen Fällen wurde ein rasches Zurückgehen der luetischen Symptome, in keinem Falle irgend welche bedrohlichen toxischen Erscheinungen beobachtet. Als Dosis erweisen sich 2 g für jede Einreibung als genügend. Das Allgemeinbefinden wurden die Kinder bei der Verwendung dieser Quecksilbersalbe durchaus nicht alteriert. Alle im Säuglingsalter stehenden Patienten blieben nicht nur auf ihrem Gewicht, sondern nahmen sogar noch zu. Schnell-Egeln.

Ueber Heroinwirkung. Von B. Turnauer. (Wiener med. Presse 1899. No. 12).

Das Heroin hat nach Dreser eine sedative Wirkung auf die Atmung und zwar in 10mal kleinerer Dosis als Codein, während die letale Dosis für beide Körper gleich ist. Die Atemzüge werden durch Verlängerung der Inspirationspause seltener, dagegen wird jeder einzelne Atemzug grösser. Die Inspiration wird verlängert und verlangsamt, dabei die Inspirationskraft nahezu auf das Doppelte erhöht. Der Sauerstoffkonsum wird bedeutend herabgesetzt, ebenso die Kohlensäureproduktion, ohne dass das Sauerstoffsättigungsdefizit des arteriellen Blutes wesentlich steigt. Das Heroin ist dem Codein in allen diesen Wirkungen bedeutend überlegen, ohne dass es dessen krampferregende Wirkungen besitzt und wirkt fast gar nicht auf Hirn- und Blutdruck.

Floret-Elberfeld verwandte das Heroin in Dosen von 0,005—0,01, als Gesamtdosis die 3—4fache Einzeldosis mit sehr befriedigendem Erfolg bei Kranken.

Strube erfuhr bei seinen Versuchen in der Gerhardt'schen Klinik in Berlin, dass das Heroin ein hustenreizstillendes Mittel ist, dass auch bei Dyspnoen durch Erleichterung und Verlangsamung der Atmung gute Dienste leistet, was objektiv in diesen Fällen durch Herabsetzung der Respiration und Pulsfrequenz zum Ausdruck kommt.

Jul. Weis-Wien glaubt, dass das Heroin bei Erkrankungen der Respirationswege rücksichtlich seiner Wirkung auf die Beschwerden dem Morphin und Codein vorzuziehen ist, letzterem besonders wegen seiner grösseren Wirksamkeit.

Auch Tansek zieht das Heroin allen anderen sedativen Mitteln vor. Er sah nur einmal geringe Beschwerden, leichte Benommenheit eintreten; dagegen fand er das Präparat, das er in Dosen von 0,003—0,005

Digitized by Google

gab, von günstigem Einfluss auch auf die Schmerzen besonders bei Pneumonikern.

T. gab das Heroin in Gaben von 0,005 mit Saccharum 3mal täglich und als Herointropfen 0,05 : 15,0 Aqu. laurocerasi 15—20 Tropfen einmal, höchstens zweimal während der Nacht bei starkem Hustenreiz als Ersatz der Morphiumtropfen. In einigen Fällen machte er auch subkutane Injektionen einer 1prozentigen Lösung und zwar 3—4 Teilstücke einer Pravaz'schen Spritze. Die Lösung des Heroins wurde in beiden Fällen durch Zusatz einiger Tropfen Essigsäure bereitet. Ausserdem erhielten fast alle Patienten, weil sie über den Mangel einer Medizin klagten, Decoct. Althaeae. T. verwandte das Heroin bei 48 Patienten: Phthisikern, akuten und chronischen Bronchitiden, letzteren besonders bei Emphysematikern und dann Dyspnöen jeder Art. Das Heroin versagte nur in einem Fall (71 Jahr alt Myodegeneratio cordis, Bronchitis, Dyspnoe) vollständig, in allen anderen begann die Wirkung nach 10—30 Minuten mit einer Herabsetzung des Hustenreizes, der nach kurzer Zeit meist vollständig verschwindet, dann stellt sich Mattigkeit und oft Schlafsucht ein, die unter Umständen zum Schlafe führt. Dieser günstige Zustand dauert meistens über 2 Stunden an. In allen Fällen, wo Atemnot durch den Hustenreiz hervorgerufen wird, oder mit demselben Hand in Hand geht, ferner dort, wo die Atemnot durch eine mangelhafte Lungenventilation hervorgerufen wird, wie bei fortgeschrittenen Phthisen oder Emphysem, wird auch die subjektive Dyspnoe bedeutend verringert. Bei der subkutanen Applikation des Heroins tritt die Wirkung rascher ein. Die Injektionen wurden nur Nachts zwischen 10 und 12 Uhr gemacht und immer trat nach kurzer Zeit wohlthuender Schlaf ein, der mehrere Stunden ungestört anhielt.

Eine Angewöhnung an das Mittel, insofern die Dosen erhöht oder vermehrt werden müssen, trat bei längerer Darreichung des Heroins fast in allen Fällen ein, jedoch ohne irgend welche nachteilige Folgen. In allen Fällen, wo die Darreichung einige Zeit ausgesetzt war, konnte jedoch wieder mit kleinen Dosen die volle Wirkung erzielt werden. In zwei Fällen trat Uebelkeit auf. Bei einer älteren Dame mit schwerer Arteriosclerose trat nach 0,005 Heroin ein rauschartiger Zustand mit leichten Collapserscheinungen auf, obgleich sie Codein 0,02—0,03 gut verträgt. Es scheinen sich also bezüglich der Toleranz gegen Heroin einzelne Individuen refraktär zu verhalten und ist es daher zu empfehlen, bei schwächlichen und älteren Individuen bei der ersten Darreichung nicht über 0,005 hinauszugehen. Drews-Hamburg.

Ueber Citrophen. Von Frieser. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 25. 1899.)

In einem Artikel über Fieber und Antipyrese erwähnt F., dass er in der Kinderpraxis zu wiederholtenmalen das Citrophen angewendet hat und dasselbe sich als schätzbares Antifebrile erwiesen hatte. In einem Falle von Pneumonie bei einem drei Jahre alten Kinde war das Fieber einigen versuchten Antipyreticis gegenüber überaus hartnäckig. Der Kräftezustand des Kindes verschlimmerte sich wegen des anhaltenden Fiebers in bedenklicher Weise, F. machte daher noch einen Versuch mit Citrophen. Schon nach einigen Gaben von je 0,3 konnte in erfreulicher Weise eine Temperaturabnahme konstatiert werden und das

Digitized by Google

Kind fühlte sich merklich besser. Nach 3 Tagen war vollkommene Apyrexie erzielt. Gleichzeitig besserte sich der Appetit, der früher gänzlich fehlte, sodass das Kind in genügender Menge Nahrung zu sich nehmen konnte. Ein zweites Kind im Alter von 2 Jahren war an Bronchitis erkrankt und hatte längere Zeit hindurch allabendlich Fieber bis zu 39°. F. gab Citrophen in Lösung 1,50 g auf 100 g Aqua, 3 bis 4mal täglich ein Esslöffel; auch hier wirkte dasselbe prompt und wurde gerne genommen. Das Kind schlief weit ruhiger und war am Morgen viel frischer. Leichte Schweisse traten auch hier auf, welche jedoch das Allgemeinbefinden des Kindes nicht alteriert hatten.

Dr. Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

— Auf der Tagesordnung der Mitte Mai in Stuttgart abgehaltenen 8. Konferenz der Centralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen stand die Fürsorge für die Säuglinge. Das Referat über den allgemeinen Teil erstattet der Medizinalrat Dr. Hauser-Karlsruhe. Er legt das Uebel der Kindersterblichkeit dar, beleuchtet die Mittel zur Abhilfe und tritt im weiten Umfange für eine staatliche Organisation des Kinderschutzes ein. Seine Leitsätze lauten:

1. Die Fürsorge für Säuglinge unbemittelter Volksklassen erscheint als soziale Pflicht des Staates wie der privaten Wohltätigkeitsvereine.
2. Als Mittel empfehlen sich
   a) gesetzliche Bestimmungen zum Schutze hochschwangerer Personen in gewerblichem Betriebe,
   b) gesetzliche Gewährleistung von Unterstützungen durch die Krankenkassen,
   c) Besserung unserer gesamten Geburts- und Wochenbettshygiene durch Hebung des Hebammenstandes und Förderung der Wochenbettspflege,
   d) Asyle und Anstalten zur zeitweiligen und gleichzeitigen Aufnahme von Säuglingen und Müttern nach Entlassung der letzteren aus der ersten Geburts- und Wochenbettspflege,
   e) Anstalten zur zeitweiligen Aufnahme und Verpflegung erkrankter Säuglinge,
   f) Gesetzliche Organisation des öffentlichen Kinderschutzes und Schaffung einer gut organisierten und gut überwachten Aussenpflege.
3. Gut überwachte und gut geleitete Krippen sind für wenig bemittelte Bevölkerungsschichten von Segen und darum bei uns in erweitertem Umfange anzustreben.

Dr. Taube spricht über das Haltekinderwesen. Er schildert das Leipziger Ziehkindersystem und die damit gemachten Erfahrungen in Bezug auf die moralische Qualifikation der Zieheltern. Die uneheliche Mutter sei unfähig, die Vormundschaft auszuüben, daher habe man in Sachsen seit 13 Jahren die Generalvormundschaft eingeführt. In Leipzig sind 9239 Kinder bei Zieheltern untergebracht. Es werden acht besonders besoldete Pflegerinnen gehalten, die in Gemeinschaft mit dem Arzt strenge Aufsicht führen im hygienischen und moralischen Inte-

Digitized by Google

resse. Das Resultat der Leipziger Erfahrungen ist Heranziehung der Eltern zu ihren Pflichten und Gedeihen der Kinder. Freiwillige Pflegerinnen eignen sich nicht. Die Beaufsichtigung hat sich auch auf die unentgeltlich untergebrachten Kinder zu erstrecken. Die Staatshilfe für uneheliche Säuglinge sei notwendig wegen deren hoher Sterblichkeitsziffer, der ungeeigneten Behandlung, welche sie erleiden, des hohen Prozentsatzes, den sie zu den Verbrechern stellen, und wegen der zahlreichen Kindermorde. Deshalb sei eine allgemeine Einführung der General-Vormundschaft zu empfehlen.

In der Diskussion spricht Dr. Klumker-Frankfurt die Befürchtung aus, die Krippen würden den Zusammenhang der Familie lockern. Man müsse darauf bedacht sein, diesen Zusammenhang zu erhalten. Krippen seien zu kostspielig und könnten nur Müttern im nächsten Umkreis von Nutzen sein. Das Leipziger Ziehkindersystem sei vorzuziehen. Dr. Oppenheimer-Stuttgart verbreitet sich über die Kindersterblichkeit; seit Jahren sei sie im Fallen begriffen. Aber noch stärker fallen die Geburtsziffern. Das sei ein bedenkliches Symptom. Er tritt insbesondere für Schaffung besserer Ernährungsmittel ein, namentlich auch gesunder Milch, ferner für Ausbildung der Kinderheilkunde, Schaffung von ambulatorischen und Säuglingskrankenhäusern. Regierungsrat Falch teilt eine Anzahl von Erfahrungen von Pfarrer Wurster mit. Nachdem er betont hat, dass die Krippen allmählich den falschen Grundsatz, nur eheliche Kinder aufzunehmen, aufgegeben haben, sagt er, es sei an der Zeit, die Mütter in den Stand zu setzen, dass sie die Krippen nicht mehr brauchen; die Fabrikarbeit verheiratheter Frauen solle verboten werden. v. Herzog hält das für unmöglich. Geh. Rath Post will statt der Fabrikarbeit den Frauen Hausindustrie überweisen. Boetzow-Hamburg empfiehlt das Hamburger System, das nur eine Ueberwachung kennt, die von Vertrauenspersonen des Waisenhauses ausgeführt werde.

Ministerialrath Thiel vom Landwirtschaftsministerium in Berlin ist ein Gegner der Hausindustrie, weil sie lohndrückend und hygienisch schädlich wirke. Auch könne die Industrie und die Landwirtschaft die Hilfe der Frauen noch nicht entbehren. Man müsse die Frauenarbeit ethisch und hygienisch zu heben suchen. Die Krippen sollen keine Wohlthätigkeitsanstalten sein. Die Arbeiter sollen in den Stand gesetzt werden, für die Krippen zu bezahlen. Die Frau könne zudem im Hauswesen nicht beschäftigt werden. Bürgermeister Walz-Heidelberg empfiehlt die Einführung der Generalvormundschaft für die unehelichen Kinder. Nach einem kurzen Schlusswort der beiden Referenten schliesst der Präsident mit dem Ausdrucke der Ueberzeugung, dass reiche praktische Erfahrungen hier zum Vortrag gebracht wurden und die gute Sache gefördert worden sei.

Rezensionen.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Priv.-Doc. Dr. W. Neumann. Berlin, O. Coblentz. 1899. Preis 7 Mark.

In der anschaulichen Form von Briefen schildert N. die Behandlung der Kinderkrankheiten, indem er dabei namentlich alle therapeu-

Digitized by Google

tischen Details (angenehme Verabreichungsweise, genaue Dosierung etc.) berücksichtigt. Das Buch ist für den angehenden Arzt — obgleich wir damit nicht sagen wollen, dass nicht auch für den älteren Arzt recht viel daraus zu erlernen sei — durchaus empfehlenswert.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin mit therapeutischen Notizen. Von Roth-Schmitt, bearbeitet von Dr. Otto Dornblüth. 3. Aufl. Würzburg, A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch), 1898. Preis 6 Mark.

Das vorliegende Werkchen ist ein allgemein bekanntes Compendium der Arzneimittellehre und ist die neue Auflage in durchaus entsprechender Weise umgearbeitet und einige recht praktische Abschnitte, wie Winke zur Ersparnis bei der Arzneiverordnung, Anleitung zur Hydrotherapie etc. sind hinzugefügt worden. Auch in der neuen Bearbeitung wird sich das Compendium unter den praktischen Aerzten zahlreicher Freunde zu erfreuen haben.

Organothérapie ou Opothérapie. Par le Dr. C. Hillemand. Paris, G. Steinheil, 1899. Preis 60 Pf.

In durchaus klarer und anschaulicher Weise giebt Verf. den gegenwärtigen Stand der Organo- und Opotherapie wieder. Wir haben in der heutigen Nummer einen Abschnitt aus dem anziehend geschriebenen Büchelchen als Originalartikel wiedergeben.

Die neuere Geschichte der Medizin. Von O. v. Boltenstern. Leipzig, C. G. Naumann, 1898. Preis 3 Mark. (Medizinische Bibliothek für prakt. Aerzte. Nr. 142—147).

Es ist als ein glücklicher Gedanke zu bezeichnen, die neuere Medizin (vom 16. Jahrhundert ab) in einer Sonderdarstellung eingehender zu behandeln, und Verf. hat sich seiner Aufgabe mit Geschick erledigt. Wenngleich in dem engen Rahmen, der zur Verfügung stand, eine gewisse Gedrängtheit sich geltend machen musste, so hat dieselbe doch weder der Verständlichkeit noch der Lesbarkeit Eintrag gethan, vielmehr erhalten wir eine recht fesselnde Uebersicht über die grossartige Entwicklung, welche die Medizin vom Beginne der Renaissanceperiode bis auf unsere Tage genommen hat. Dabei ist jedes der Spezialfächer gebührend berücksichtigt worden und auch der biographische Teil nicht zu kurz gekommen. Zur Einführung hat Verf. die wichtigsten Momente aus der Medizin des Altertums und des Mittelalters zusammengestellt. Ein sehr reichhaltiges Namenregister erhöht den Wert des Buches, welches Aerzten, die sich für die Geschichte ihrer Wissenschaft interessieren — und das sollten alle —, zur Orientierung empfohlen werden kann.

Guttmann-Breslau.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Un cas de meningite à bacille d'Eberth. Von Hugot. Bei der Aufnahme in das Hospital erregte ein 6jähriges Kind, welches einige Tage zuvor ziemlich plötzlich unter Fieber, grosser Abgeschlagenheit, Erbrechen und Diarrhoe erkrankt war, den Verdacht auf Typhus abdominalis. Am nächstfolgenden Tage war das Krankheitsbild so ver-

Digitized by Google

ändert, dass man die Diagnose auf Meningitis stellte. Unter meningitischen Erscheinungen ging das Kind nach einer Woche zu Grunde. Obduktion und bakteriologische Untersuchung zeigten, dass es sich um den seltenen Fall einer durch Typhusbacillen bedingten eitrigen Meningitis im Verlaufe eines zweifellosen Typhus abdominalis handelte. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1899.)

v. Boltenstern (Bremen).

— Zweiter Fall von Diphtherie-Noma, Noma faciei; Behandlung mit Heil-Serum; Herstellung. Von Freimuth und Petruschky. Die Verff. haben vor Kurzem einen Fall von Noma genitalium veröffentlicht, bei dem Diphtheriebacillen in der nekrotischen Schleimhaut der Schamlippen gefunden wurden. Das erkrankte Kind war unter der Behandlung mit Heilserum genesen. Jetzt beschreiben die Verff. einen Fall von Gesichts-Noma bei einem 8 Jahre alten Kinde. Die Erkrankung trat in der sechsten Woche eines Unterleibstyphus auf und zeigte einen sehr schweren Charakter, wie schon daraus hervorgeht, dass es zur Necrose und Abstossung zweier grosser Stücke des Kiefers kam. Die bakteriologische Untersuchung ergab neben bekannten Mundsaprophyten Loeffler'sche Bacillen. Dem Kinde wurden 9500 Immunitätseinheiten von Heilserum in 9 Dosen eingespritzt. Der Knabe ist völlig genesen. Die beiden Fälle gleichen einander völlig, nur dass im zweiten Falle die Meerschweinchenpathogenität der Bacillen gering war, was übrigens nach der Ansicht von P. unter den vorliegenden Umständen nichts gegen ihre Echtheit beweist. F. ist fest überzeugt, dass die Heilung durch das Heilserum bewirkt worden ist. (Deutsche med. Wochenschrift 1898.)

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Menthol. 0,5
Salol.
Ol. Olivar. aa 1,0
Lanolin. ad 100,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Fissura man.
(Pediatr.)

Rp.
Asa foetid. 7,0
Liq. Ammon. acet. 25,0
Aq. Menth. pip. 60,0
Syr. Croc. 20,0
MDS. 1—2 stdl. 1 Theel.
Spasm. glottid.
(Miller.)

Rp.
Creosot. 1,0
Ol. Morrh. 90,0
Saccharin. 0,05
MDS. tgl. 1—6 Kaffeel.
Bronchitis nach Masern u. Keuchhusten.
(Hock.)

Rp.
Naphthol. 3,0
Chloroform. 0,6
Ol. Ricin. 90,0
Ol. Menth. pip. 0,3
MDS. theelöffelw. in Portwein oder heissem süssem Kaffee.
Intestinale Antisepsis
(Massinnowitsch.)

Digitized by Google

Rp.
Eucalyptol. 5,0
Creosot. 12,5
Tinct. benz. 25,0
Balsam. Copaiv. 40,0
Ol. Olivar. 100,0
MDS. zum Clysma, mit Milch zu vermischen, anfangs 30 Tropfen, allmählich zu steigern bis 2 Theelöffel tgl.

Bronchiectasie.
(Molle d'Aubernas.)

Kleine Mittheilungen.

— Acetoncelluloid zur Verwendung in der Orthopädie. Bekanntlich hat Lorenz im Jahre 1889 zur Behandlung der Spondylitis das Reclinationsgipsbett empfohlen, mit welchem auch nach neueren Mitteilungen recht gute Erfolge erzielt werden. Das Lorenz'sche Bett wird von Gips oder Holzspänen in Verbindung mit Leim hergestellt. W. Mayer. (Deutsche med. Wochenschrift 1899 No. 1.) bevorzugt dagegen das Celluloid wegen der Leichtigkeit des Materials. Dadurch und mit Unterstützung seiner Festigkeit ist ein leichter Transport der in dem Apparat liegenden Patienten ermöglicht. Verf. legt zwischen die Celluloidmullschichten etwa 15mm. breite Stahlstreifen, teils in Längs- teils in Querrichtung ein, ein Verfahren, welches der Stabilität und Elasticität der Apparate, namentlich der Corsette, sehr zu statten kommt. Angewandt wird das Celluloid in Acetonlösung, mit welcher die Mullbindenschichten bestrichen werden. Das Acetoncelluloid wird auf Veranlassung des Verf. von der rheinischen Celluloidfabrik in den Handel gebracht. Verf. sieht einen Hauptvorteil des Celluloidbettes vor anderen Lagerungsapparaten noch in folgendem: Setzt man die festgehärtete Celluloidmasse dem strömenden Wasserdampf aus, so wird in einigen Minuten die Masse so weich, dass man ihr jede gewünschte Form geben kann. So können wir das Celluloidbett, wie überhaupt jede für irgend eine andere Deformität bestimmte Hülse, jederzeit, und so oft wie nötig, ummodellieren. Dies ist vorteilhaft an den Stellen des Bettes anzuwenden, welche einen besonders kräftigen Druck auf irgend eine Körperpartie, wie z. B. eine kypho-skoliotische Stelle, ausüben sollen. Es wird auf diese Weise unter Umständen ermöglicht, die Behandlung der Deformität bis zu ihrer Ausheilung in einem einzigen Apparat durchzuführen. Die Haltbarkeit der Celluloidbetten ist sehr gut. Verf. hat Betten fast ein Jahr im Gebrauche gesehen, ohne dass sie sich in ihrer Haltbarkeit verändert hätten

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3856) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **September 1899.** **Heft 9.**

Inhalt: Originalien: **Friedmann**, Erfahrungen über die Kindermilch nach Backhaus, 193. — Referate: **Zeuner**, Tuberkulose, 196. — **Hilbert**, Diphtherie, 197. — **Chatinière**, Masern, 199. — **Theodor**, Röteln, 200. — **Sticker**, Eine neue Kinderseuche, 200. — **Sykes**, Varicellen, 201. — **Ascher** und **Symanski**, Thierlymphe, 202. — **Ausset**, Tötliche Lungenblutung, 203. — **Schlesinger**, Lähmung, 204. — **Winterberg**, Säurevergiftung, 204. — **Eulenburg**, Heroinum muriaticum, 206. — **Megec**, Medizinen bei Kindern, 207. — **Lange**, Hüftverrenkung, 208. — **Lindfors**, Hirnbrüche, 209. — **Alhus**, Röntgenstrahlenbehandlung, 210. — Gesundheitspflege: **Gyula**, Regeln zur Zahn- und Mundpflege, 210. — Rezensionen: **Kafka**, Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, 211. — **Uffelmann-Wehner**, Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, 15. Jahresbericht, 211. — **Fröhlich**, Heilserum, Immunität und Disposition, 212. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 212. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 216. — Kleine Mittheilungen, 216.

Erfahrungen über die Kindermilch nach Backhaus.

Von Dr. Friedmann, Kinderarzt in Beuthen O/Sch.

Dass in der Säuglingsernährung die Mutter- resp. Ammenmilch an erster Stelle steht, ist und bleibt ein unanfechtbares Dogma; ebenso unzweifelhaft ist es aber leider, dass in immer steigender Zahl den Müttern Fähigkeit oder Wille zum Stillen ihrer Kinder abhanden kommt. Dass auch das Ammenmaterial dieser Degeneration zu unterliegen beginnt, wird jeder bestätigen können, der häufig Ammen zu untersuchen hat. Eine gute Amme zu finden wird immer schwerer, und wenn man sich dazu noch die Thatsache vergegenwärtigt, dass in einem erschreckend hohen Prozentsatz von Fällen des Wohlbefinden des von der Amme zu nährenden Kindes durch das Leben oder zum mindesten durch ein gut Teil Lebenskraft des Ammenkindes erkauft wird, so wird man sich immer dringender in die Lage versetzt wünschen, die künstliche Ernährung so gestalten zu können, dass sie der natürlichen möglichst adäquat wird.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich an dieser Stelle alle hier in Betracht kommenden, teilweise lediglich auf theoretischer Spekulation beruhenden Postulate anführen. Es sind in den letzten Jahrzehnten und Jahren eine grosse Zahl aller möglichen Säuglingsnährmittel auf den

Digitized by Google

Markt gebracht worden, die meist sehr schön den jeweilig geltenden Theorien der Ernährungsphysiologie und -Chemie entsprachen, ohne indessen den Bedürfnissen der Praxis gegenüber standhalten zu können. Der Praktiker wird nur dann ein Nährmittel anerkennen dürfen, wenn es nicht nur das gesunde Kind in seinem Gedeihen fördert, sondern — und das erst ist das wesentliche Kriterium -- wenn es bei erkrankten oder geschwächten Digestionsorganen die Rückkehr zur Norm anbahnen hilft, also nicht nur Nähr- sondern zugleich auch Heilmittel ist.

In neuester Zeit wird nach Angaben von Prof. Backhaus eine Kindermilch gewonnen, die schon mit Rücksicht auf die Herstellung Aufmerksamkeit verdient. Das Verfahren ist im wesentlichen folgendes: unter Innehaltung peinlicher Reinlichkeit beim Melken wird von besonders gut gehaltenen Kühen eine Milch gewonnen, die durch die Centrifuge in Rahm- und Magermilch geschieden wird. Durch Zusatz von Trypsin wird in letzterer einen Teil des schwer verdaulichen Caseins in das leicht verdauliche Albumin übergeführt und das überschüssige Casein durch Lab ausgefällt. Hierauf wird Wasser, Rahm und Milchzucker zugesetzt und zwar in drei ansteigenden Procentgraden, so dass drei verschieden gehaltvolle Milchsorten resultieren. Sorte I ist für junge, Sorte II für ältere Säuglinge bestimmt, Sorte III für das spätere Alter.

Die Backhausmilch zu erproben, bot sich mir zuerst Gelegenheit bei meinem eignen Kinde. Die Kleine musste mit drei Monaten von der vollen Mutterbrust abgesetzt werden, weil sie trotz aller Cautelen fast unausgesetzt an Dyspepsieen litt. Eine gute Amme war nicht zu erlangen, die Ernährung mit verdünnter Kuhmilch schlug fehl. Ich gab nun Backhaus Sorte I und konnte schon von der ersten Flasche ab einen geradezu idealen Erfolg verzeichnen. Die Verdauungsstörungen verschwanden augenblicklich und definitiv, und alsbald begann das Gewicht sich rapide zu heben. Mit fünf Monaten bekam das Kind ohne jede Störung die ersten Zähne. Die Ernährung mit Backhausmilch setzte ich bis zum neunten Monate fort. Heute, mit zwei Jahren, ist das Kind von blühender Gesundheit und in jeder Hinsicht über sein Alter hinaus entwickelt.

Bei einer grösseren Reihe von Erkrankungen des Magendarmkanals habe ich seitdem die Backhausmilch verabreichen lassen. Nach Ausscheidung derjenigen Fälle, meist Auswärtiger, die sich nach kurzer Zeit der Beobachtung entzogen, verfüge ich über 27 Krankengeschichten. Dieselben umfassen alle Altersstufen von Neugeborenen bis in das zweite Lebensjahr hinein. Zur Behandlung gelangten fast alle Krankheitszustände des kindlichen Verdauungstraktes, von der leichten Dyspepsie bis zum Brechdurchfall und zur schweren follikulären Enteritis. Ich verzichte darauf, hier die einzelnen Krankengeschichten mitzuteilen und werde lediglich das verzeichnen, was mir für die Praxis beachtenswert zu sein scheint.

Hier und da hörte ich, dass die Backhausmilch bei oder nach Magendarmkrankheiten der Säuglinge nicht immer zu dem gewünschten Resultat geführt habe. Fast regelmässig konnte ich in diesen Fällen feststellen, dass die Milch nicht unter den Cautelen gegeben worden war, die der jeweilige Krankheitszustand erheischt hätte. Das Vertrauen auf ein Nährpräparat darf nicht so weit gehen, dass hierbei die Schonung unterlassen wird, die wir sonst dem Krankheitszustande anzuge-

Digitized by Google

deihen gewöhnt sind. Den einzelnen Krankheitsgruppen gegenüber verhielt ich mich folgendermassen:

Handelte es sich um eine einfache Dyspepsie akuten oder chronischen Charakters, so setzte ich zunächst auf 8—24 Stunden jede Nahrung aus. Patient erhielt nichts weiter als Fenchel- oder Lindenblütenthee, allenfalls in grösseren Zwischenräumen dünnen Reisschleim. Medikamentös gab ich kleine Dosen Calomel. Waren, was unter diesem Regime regelmässig eintrat, die dyspeptischen Erscheinungen geschwunden, so gab ich die dem Alter des Kindes entsprechende Milchsorte in genau abgemessener Quantität und in bestimmt eingehaltenen Intervallen. Aehnlich war mein Verhalten bei akuter Gastroenteritis, mit der Modifikation jedoch, dass ich gleich beim Eintritt des Kindes in meine Behandlung eine Magenausspülung unter Zusatz von acid. muriat. machte. Die Hungerpause dauerte mindestens 24 Stunden, jedenfalls solange, bis der Brechreiz aufgehört hatte. Calomel gab ich anfangs in abführender, später in stopfender Dosis. Hervorheben möchte ich hier, dass mir der Hafer- oder Reisschleim zur Milch, der sonst stopfend zu wirken pflegt, die Bekömmlichkeit und diätetische Heilsamkeit des Präparates zu stören schien. Ich gab deshalb die Milch später immer pur.

Bei Cholera infantum verfolgte die Behandlung zu Anfang gleichfalls das Ziel, die stürmischen Magen- und Darmerscheinungen zu dämmen. War der Magen in seiner Toleranz soweit gefördert, dass er mehrere Stunden hintereinander löffelweise gereichten, eiskalten Thee behielt, so wurde mit grösster Vorsicht etwa viertelstündlich ein Kaffeelöffel auf Eis gekühlter Backhausmilch gegeben, und zwar ohne Rücksicht auf das Alter des Kindes Sorte I. Ganz allmählich wurde mehr, dafür in grösseren Pausen gegeben, bis endlich die Milch warm in den gewohnten Zwischenräumen gegeben werden konnte. In mehreren Fällen dieses Sommers hatte ich die Freude, die kleinen Patienten auf diese Weise durchzubringen. Nach früheren Erfahrungen bin ich überzeugt, dass ausser der Mutter- oder Ammenbrust kaum ein anderes Nährmittel mit diesem glücklichen Erfolge hätte gegeben werden können.

In drei Fällen von Enteritis follicularis gab ich solange mehlige Diät, bis die subjektiven Beschwerden geschwunden, der Schleimgehalt der Stühle sich zu mindern und ihre Konsistenz zuzunehmen begann. Die hierauf verabreichte Backhausmilch führte zu völliger Rekonvalescenz. Auch hier hatte ich den Eindruck, dass der geschwächte und empfindliche Darm ein anderes Nährmittel kaum so erfolgreich verarbeitet haben würde.

Schliesslich habe ich noch einige Beobachtungen bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres zu verzeichnen, die infolge vorzeitiger und übermässiger Fütterung mit Fleisch, Wurst, Kartoffeln etc. in einen hochgradig atrophischen Zustand geraten waren. Verstopfung wechselte hier mit Diarrhoe ab. Subjektiv trat bei diesen Kindern bei dauernder Unruhe und Reizbarkeit die Colica flatulenta in den Vordergrund. Auch hier vertrug der malträtierte Darm und im Weitern der Organismus die Backhausmilch recht gut. Die Kinder bekamen einige Wochen hindurch weiter nichts als diese, und erst allmählich wurden kleine Beigaben von Opel's Zwieback, Gelbei, geschabten Fleisches, Mondamin etc. gestattet. In Kurzem blühten dann die Kinder sichtlich auf.

In dreien meiner 27 Fälle war ich genötigt, von der Backhausmilch

Digitized by Google

wieder abzugehen. Bei Zweien war der Miserfolg sicherlich grösstenteils auf die unachtsame und verständnislose Wartung seitens der Mütter zurückzuführen. Im dritten Falle erfolgte nach anfänglichem Gedeihen des Kindes nach wenigen Tagen ein Rückfall in den Darmkatarrh dadurch, dass eine undicht verschlossen gewesene Flasche mit schon leicht angesäuerter Milch gegeben worden war. Das Kind erhielt weiterhin eine Amme. Selbstverständlich wird es bei aller Sorgfalt in der Herstellung sich nicht vermeiden lassen, dass hier und da einmal eine schlechte Flasche mit unterläuft. Ich gebe deshalb den Müttern den Rat, von jeder Flasche vor dem Gebrauch zu kosten und bei nicht ganz einwandsfreiem Geschmack der Milch diese Flasche zurückzugeben.

Ziehe ich aus meinen Beobachtungen den Schluss, so kann ich feststellen, dass die Backhausmilch mir recht gute Dienste geleistet hat. Die Kinder überwanden ihre Magen- und Darmstörungen schnell und gediehen in der Folge ganz vortrefflich weiter. Soweit die Mütter regelmässige Wägungen vornahmen, konstatierten wir erhebliche, teilweise sogar überraschend hohe Gewichtsziffern. Die der ärmeren Bevölkerungsklasse angehörenden Kinder erhielten, nachdem durch mehrwöchentlichen Gebrauch der Milch Verdauung und Ernährung in das rechte Geleise gelangt waren, entsprechend verdünnte Kuhmilch weiter, die besser Situierten blieben Monate lang mit andauernd gutem Resultate bei der Kindermilch.

Somit kann ich die Backhausmilch überall da, wo aus irgend einem Grunde dem Säugling Brustnahrung nicht geboten werden kann, als zuverlässiges Nähr- und Heilmittel empfehlen.

Referate.

Ein Beitrag zur Behandlung der Tuberkulose. Von Zeuner. (Dtsch. med. Wochenschr. 1899, No. 22).

Z. empfiehlt bei der Lungenschwindsucht den Leberthran, da derselbe meist nur mit Widerwillen von den Patienten genommen und häufig sehr schlecht vertragen wird, wenn er längere Zeit in genügenden Mengen gebraucht werden soll, methodisch durch Bleibeklystiere mittels Gummispritze in den Mastdarm zu applizieren. Damit der Mastdarm bei den Klystieren nicht gereizt wird, darf die Spritze kein hartes Ansatzrohr haben, sondern dasselbe muss weich und nicht zu kurz sein. Gewöhnlich benutzt wird Oleum Jecoris Aselli flav., welchem der besseren Resorption wegen noch 0,6 Prozent feinstes Kochsalz beigemengt werden; davon lässt man ein Quantum von etwa 30—50 ccm. langsam einspritzen, ev. zwei- bis dreimal täglich. Bei Patienten, die an Blähungen leiden, trachtet man erst diese Flatulenz zu heben und bringt hier den Thran eine Stunde nach einem Reinigungsklystier langsam mittels Irrigators und weichen Gummirohres in die höher gelegenen Darmpartien ein, wobei das Eindringen von Luft sich leicht vermeiden lässt. Im Verlaufe der Kur, besonders im Anfang, kommt es manchmal vor, dass etwas Diarrhoe auftritt, jedoch ist dieser Zustand fast stets in ein bis zwei Tagen be-

Digitized by Google

hoben, so dass dann die Behandlung ohne weitere Schwierigkeit Wochen und Monate lang fortgesetzt werden kann.

Die Therapie vom Darme aus verdient gerade bei der Tuberkulose in ausgedehntem Masse angewendet zu werden, weil sie uns die Möglichkeit bietet, dem geschwächten, blutarmen, in der Abzehrung begriffenen Körper nicht nur hochwertige Nährmittel zuzuführen, sondern auch eine gesteigerte Thätigkeit derselben durch leicht aufzusaugende Mengen von Flüssigkeit hervorzurufen. Der Leberthran wird vom Darm aus sehr leicht resorbiert. In gewissen Fällen, wo es darauf ankommt, einem erheblichen Säfteverlust entgegenzuarbeiten, kann man, auch von hohen Darmeingiessungen Gebrauch machen, sei es, dass man grössere Mengen von Leberthran einbringen will, sei es, dass man gegen tuberkulöse Darmleiden mit Diarrhoe dünne, adstringierende Lösungen von Tannin, Heidelbeerabkochungen oder ähnlichem einlaufen lässt, oder sei es endlich, dass man eine stark verdünnte Kochsalzlösung oder schwache, wässrige und milchige Lösungen mit Emser Brunnen und, anderen Heilquellen dem Darme einverleibt, um den Stoffwechsel zu fördern und neue Säfte in den Kreislauf zu bringen.

Will man die Wirkung des Leberthrans noch verstärken, so kann man demselben geringe Dosen von Phosphor (0,002—0,005 zu 250 Thran) zusetzen, jedoch nicht allzulange.

Während schwerer fieberhafter Zustände im Verlaufe der Phthisis soll man mit der Verordnung von Leberthran in Form von Bleibeklystieren zeitweise pausieren oder wenigstens nur schrittweise und langsam vorgehen, nachdem man die Reaktionsfähigkeit der einzelnen Kranken vorsichtig ausprobiert hat. Hier erweisen sich dann die Einspritzungen oder hohen Einläufe von wässrigen und milchigen Lösungen der Heilquellen als vorteilhaft

An Stelle des Leberthrans dürfte manchmal auch das von v. Noorden empfohlene pflanzliche Sesamöl durch Klystiere gegeben werden.

Schnell, Egeln.

Ueber die Steigerung der Giftproduktion der Diphtheriebazillen bei Symbiose mit Streptococcen. Von Paul Hilbert. A. d. königl. hygien. Institut der Universität zu Königsberg i. Pr. (Zeitschrft. f. Hygiene etc. 1898. XXIX. Bd. 2. Heft.)

Aus der bisherigen Litteratur ergiebt sich, dass die Giftproduktion der Diphtheriebazillen in Bouillon-Kulturen ausserordentlichen Schwankungen unterworfen ist, meist tritt sie nach 1 bis 3 Wochen auf, gelegentlich bereits am ersten Tage, mitunter erst nach einem halben Jahr, bisweilen überhaupt nicht. Diese Differenzen treten nicht nur bei Diphtheriebazillen verschiedener Abstammung hervor, auch ein und derselbe Bazillus kann die weitgehendsten Verschiedenheiten in dieser Beziehung darbieten. Die Ursache hierfür ist hauptsächlich in der Beschaffenheit des Nährbodens zu suchen, indem reichlicher Zuckergehalt der Giftproduktion ungünstig, starke Alkalisierung derselben günstig zu sein scheint. Verf. hatte gefunden, dass in Mischkulturen von Diphtheriebazillen mit Streptococcen die alkalische Reaktion der Bouillon früher auftritt und stärkere Grade erreicht als in Reinkulturen von Diphtheriebazillen und hatte, gestützt namentlich auf die Untersuchungen von Cobett, welcher nachgewiesen, dass die Giftbildung und der Alkalescenz-Grad in der

Digitized by Google

ersten Zeit parallel laufen, die Vermutung ausgesprochen, dass in den Mischkulturen dementsprechend auch die Giftbildung eine intensivere sei. Vorliegende Arbeit bringt die genaueren Untersuchungen, welche diese Ansicht bestätigen sollen.

Die Versuche wurden möglichst gleichmässig angestellt und, wenn angängig, wiederholt; sie wurden eingeteilt in Reagensglasversuche, Titrierungen und Tierversuche. Bei ersteren wurden die Farbenveränderungen der Lackmusbouillon unter dem Einfluss der Diphtheriebazillen, der Streptococcen und beider zusammen notiert; bei den Titrierungen wurde versucht, einen möglichst genauen Massstab für die Säure- bez. Alkalibildung zu gewinnen; durch letztere sollte der Beweis geliefert werden, dass das in den Mischkulturen entstandene Gift thatsächlich mit dem Diphtherietoxin indentisch sei.

Konnte Verf. nun zeigen, dass Diphtheriebazillen und Streptococcen bei gemeinsamen Wachstum die Reaktion der Nährbouillon früher und stärker alkalisch machen, so scheint mir der Nachweis, dass thatsächlich in den Mischkulturen eine grössere Menge Diphtherietoxin gebildet wird als in Reinkulturen, nicht sicher erbracht. Die Schwierigkeit besteht darin, wie auch Verf. anführt, dass die chemischen Eigenschaften des Diphtherietoxins unbekannt sind. Die Schwierigkeit muss aber fast unüberwindlich werden, wenn das D.-T. nicht allein in einer Flüssigkeit vorhanden ist wie in Mischkulturen, da von einer Trennung beider, wie hier, nicht die Rede sein kann. Die Erkennung des Gehaltes an D.-T. durch seine spezifische Giftwirkung auf den tierischen Organismus und durch seine Paralysierung durch das im Heilserum enthaltene spezifische Antitoxin kann deshalb in Mischkulturen annähernd richtig nur durch eine grosse Reihe von Versuchen erfolgen, in denen die Grenzwerte der Giftwirkungen auf das genaueste bestimmt und berücksichtigt werden.

Verf. spritzte zweien Meerschweinchen je das Filtrat einer Mischkultur und einer Reinkultur ein und fand, dass ersteres das Tier schneller tödtete als letzteres. Die Sektion zeigte in beiden Fällen typische experimentelle Diphtherie. Bei zwei weiteren Versuchen erhielt je ein Meerschweinchen ein bestimmtes Quantum von dem Filtrat einer Mischkultur, das andere ausser derselben Dosis gleichzeitig Heilserum; die ersteren starben an typischer Diphtherie, die letzteren blieben gesund. Diese Versuche sollen nach Verf. beweisen, dass die Steigerung der Giftwirkung in den Mischkulturen auf Steigerung der Giftigkeit des Diphtherietoxins beruht.

Bei den drei Möglichkeiten, welche diese Thatsache erklären können,

1. die D.-B. wachsen üppiger bei Association mit Streptococcen,
2. durch die Streptococcen wird in der Kulturflüssigkeit eine Veränderung bewirkt, welche der Toxinerzeugung durch die Diphtheriebazillen günstig ist,
3. die Virulenz der D.-B. wird durch die Symbiose erhöht,

lässt Verf. eine weitere ausser Betracht, dass nämlich die durch die Streptococcen doch zweifellos gebildeten Toxine die Giftwirkung des Diphtherietoxins unterstützen. Dagegen sprechen die Versuche des Verf. keineswegs. Es ist sehr gut angängig und denkbar, dass in dem „Mischtoxin", wie auch Bernheim sich ausdrückt, der, wenn auch überwiegende Anteil des Diphtherietoxins bei den Tierversuchen durch das Antitoxin unwirksam gemacht wird, und dass der Rest von Strepto-

Digitized by Google

coccen-Toxin nicht genügt, eine erhebliche Erkrankung zu veranlassen, sei es, dass er nun im Verein mit dem Diphtherietoxin bei Meerschweinchen Krankheitserscheinungen auszulösen vermag. Dann ist es auch nicht auffallend, wenn bei den Meerschweinchen, welchen das Mischtoxin beigebracht worden, bei der Sektion nur die Anzeichen der experimentellen Diphtherie nachgewiesen werden können, da man einmal ruhig zugeben kann, dass das Diphtherietoxin die eigentliche Todesursache abgiebt, andermal aber auch das Streptococcentoxin keine spezifischen, sondern nur allgemein septische Erscheinungen zu machen braucht.

Köppen-Norden.

Behandlung der Masern mittelst Lichtstrahlen. Von Chatinière. (Press. med. No. 75, 1898 — Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 50, 1898).

Die Erfolge, die in letzter Zeit mit der Lichttherapie bei manchen Hautkrankheiten erzielt worden sind, veranlassten Ch., diese Behandlung auch bei Masern anzuwenden. Das sehr einfache Verfahren bestand darin, das Krankenzimmer mittelst roter Vorhänge so abzuschliessen, das sämtliche Oeffnungen, durch welche Lichtstrahlen eintreten können, verdeckt wurden. Gleichzeitig wurde auch jedes künstliche Licht vermieden und zur Beleuchtung nur eine gewöhnliche photographische Laterne verwendet. Die mitgeteilten Fälle, insbesondere der erste, sind in der That für die Wirksamkeit der Behandlung sehr beweisend. Es handelte sich in diesem Falle um einen 8jährigen Knaben, der alle Symptome der Masern in hohem Masse zeigte. Experimenti causa liess Ch. das beschriebene Verfahren anwenden und, als er zu Mittag desselben Tages nachsah, ob seine Anordnungen auch richtig befolgt worden seien, konstatierte er zu seiner grossen Verwunderung, dass der Ausschlag vollständig verschwunden, das Kind ganz afebril, lustig und munter war und nur die eine Klage führte, dass es nicht genügend Licht habe, um zu spielen. Durch diese fortwährende Klage des Kindes veranlasst, liessen die Eltern die roten Vorhänge entfernen. Um 3 Uhr nachmittags wurde Ch. schleunigst zum Kranken gerufen. Der Ausschlag, das Fieber, die Abgeschlagenheit, kurz das ganze Symptomenbild hatten sich plötzlich wieder eingestellt. Nun wurden die roten Vorhänge und das rote Licht wieder in Anwendung gezogen; nach 2 Stunden war der Ausschlag wieder verschwunden und das Allgemeinbefinden bedeutend besser. Kurz darauf nahm auch der Husten ab, ebenso auch die Augenrötung. Nach 2 Tagen war das Kind in vollständiger Rekonvalescenz, so dass es eine Woche nach seiner Erkrankung vollständig das Bett verlassen konnte. Ebenso glänzend war der Erfolg in 2 weiteren Fällen, so dass man daher schwer einen blossen Zufall annehmen kann. Jnsbesondere besitzt der 1. Fall geradezu den Wert eines Experimentes. Jedenfalls verdient das Verfahren wegen seiner ausserordentlichen Einfachheit und Unschädlichkeit ausgedehnte Nachahmung und ist dessen Anwendung gerade bei Masern um so leichter, als ja die Kranken ohnehin an Lichtscheu leiden, und ihnen die Abhaltung der natürlichen oder künstlichen Lichtstrahlen nur angenehm sein kann.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Ueber Röteln, Rötelnrecidive und ihr Verhältnis zu Masern und Scharlach. Von Theodor. (Arch. f. Kinderheilk. 27. Bd. I. und II. Heft.)

Im Frühjahr 1898 trat in Königsberg plötzlich eine Rötelnepidemie auf und zwar so massig, das selbst die grössten Skeptiker sich bei den ausgesprochenen Symptomen für die Eigenart dieser Krankheit entscheiden mussten. Sie verlief so milde, dass die Aerzte häufig gar nicht um Rat gefragt wurden. Ausgezeichnet war sie 1. durch das wiederholte Erkranken desselben Individuums. Ein Zeitraum von 2, 3, 4, 6 Wochen etc. lag zwischen einer Erkrankung bei ein und demselben Individuum. 2. Durch das Erkranken von Erwachsenen meist weiblichen Geschlechts. 3. Durch die Combination der Röteln mit Scharlach und mit Masern.

Der Ausspruch Jürgensen's, dass jemand, der Röteln durchgemacht hat, nicht mehr von ihnen ergriffen wird, ein Satz, den er mit zu den Beweisen für die Selbständigkeit der Röteln rechnet, ist also nicht mehr haltbar. Die Frage, ob es sich bei den Recidiven um eine neue Infektion oder um ein latentes Verhalten von specifischen Krankheitserregern handelt, muss durch weitere Beobachtungen entschieden werden.

Bei der beobachteten Epidemie war es auffällig, dass die Erwachsenen fast in demselben Masse von der Erkrankung befallen wurden, wie die Kinder, denn selbst in Familien, wo Kinder nicht erkrankten, erkrankten Mütter und weibliche Dienstboten. Wenn die Mütter nicht von den Kindern infiziert wurden, fand häufig das umgekehrte Verhältnis statt. Die älteren Personen erkrankten auch meist schwerer als die Kinder. Es waren geringe Temperaturerhöhungen, Appetitlosigkeit, Abgeschlagenheit vorhanden, so dass die Patienten 2—3 Tage im Bett blieben. Der Ausschlag war meist kleinfleckig und am 5. Tage stets verschwunden. Halsdrüsenschwellungen waren immer vorhanden. Die männlichen Familienmitglieder blieben mit vollster Sicherheit verschont.

Zum Schluss berichtet Th. einen Fall von Mischinfektion von Röteln, Scharlach und Keuchhusten.

Schnell-Egeln.

Die neue Kinderseuche in der Umgebung von Giessen. (Erythema infectiosum.) Von Sticker. (Zeitschr. f. prakt. Aerzte 1899, No. 11).

In Wetzlar, Lich und Friedberg herrscht eine bisher unbekannte, epidemische Krankheit, die folgenden Verlauf nimmt: Ohne jegliche Vorboten oder nach einem mehrtägigen Schnupfen, seltener nach leichten Schlingbeschwerden erschienen ohne Fieber oder unter geringen Fieberbewegungen auf den Wangen grosse rote Flecke oder symmetrische Quaddeln mit rotem Hof, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Weiter treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, über dem Stamm, über Stirn und Schläfen kleine runde Roseolen oder grössere Flecke und Ringe auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben. Haarboden und Hals, Finger und Zehen und die Gesässgegend bleiben auch bei der stärksten Ausbreitung beinahe ganz frei; Ellenbogen, Knie, Brust und Bauch werden in geringerem Masse befallen als die übrigen Teile. Am reich-

Digitized by Google

lichsten stehen die Flecken auf den Streckseiten der Gliedmassen, an den Schultern und Hüften, auf den Hinterbacken bis zu der Fläche, welche beim Sitzen aufliegt.

Meistens verfliessen zwischen dem ersten Erscheinen des Erythems im Gesicht und seiner letzten Verbreitung zwei bis fünf Tage; seltener verharrt das Erythem an einzelnen Stellen, besonders an den Armen viele Tage bis in die zweite Woche hinein.

Alle sichtbaren Schleimhäute bleiben fast stets unverändert; ebenso die Lymphdrüsen. Ueberhaupt verläuft das Exanthem unter völligem Wohlbefinden, welches höchstens durch ein mässiges Spannen oder Jucken in der Haut gestört wird. Es verschwindet spurlos ohne Abschilferung, höchstens eine schwache bräunliche Verfärbung der Haut, besonders an den Wangen, für einige Zeit zu hinterlassen.

Dass die Krankheit kontagiös ist, dafür spricht die Weise ihrer Verbreitung in den Familien, wo sie nacheinander die einzelnen Kinder befällt und die frühzeitig abgesonderten verschont, ihr stark gehäuftes Auftreten bei Kindern, welche dieselbe Schule besuchen, aber im übrigen getrennt wohnen. Es fehlt bisher der zweifellose Beweis ihrer Ansteckl ichkeit im Verkehr.

Die Behandlung beschränkt sich auf einige Tage Bettruhe oder Zimmerarrest unter Regelung aller Funktionen. Eine längere Einsperrung ist zwecklos.

Dem typischen Ablauf nach gehört die Krankheit zweifellos in die Gruppe der sogenannten akuten Exantheme, aber der besondere Verlauf und die Form des Ausschlages schliesst eine Verwechselung mit Scarlatina, Morbilli, Rubeolae völlig aus.

Das beschriebene Exanthem muss der Form nach als Erythema simplex bezw. exsudativum bezeichnet werden, und es liegt nahe, die Seuche schlechtweg als ein epidemisches Erythem zu bezeichnen. Dass die Ursache der Epidemie keine physikalische und ebensowenig eine toxische ist, geht aus der Dauer und Verbreitung der Seuche und aus dem Verlauf der einzelnen Erkrankungen hervor. Nach den vorliegenden Beobachtungen muss das Exanthem von dem gewöhnlichen Erythema exsudativum (polymorphum) der Autoren gesondert und überhaupt aus dem Sammelbegriff der Erytheme herausgehoben werden. Ob es den kontagiösen Exanthemen im engeren angereiht werden darf, muss eine weitere Beobachtung der Art seiner Verbreitung lehren. Ein spezifischer Krankheitserreger hat sich noch nicht auffinden lassen.

Schnell-Egeln.

Ueber die Incubationszeit bei Varicellen. Von W. Sykes. (The British med. Journal. 14. Januar 1899. — Wiener medizin. Wochenschrift, No. 15, 1899).

S. konnte gelegentlich einer kleinen Varicellenepidemie in einem Kindergarten, in dem 15 Kinder verkehrten und eines davon an Varicellen erkrankte, konstatieren, dass von den der Infektion ausgesetzten Kindern 60 Prozent die Krankheit bekamen und von diesen 66 Prozent genau 14 Tage nach der Ansteckung; die Incubationszeit schwankte im Uebrigen von 6—19 Tage. Hiermit wäre wohl keine neue Erfahrung gemacht; aber S. benutzt diesen Anlass, um seiner Anschauung dahin Ausdruck zu geben, dass für die kürzere oder längere Dauer des Incubationsstadiums

Digitized by Google

der Umstand massgebend ist, je mehr Mikroben entweder auf einmal oder nach und nach während der Periode der Infektion in den Körper hineingelangen, davon hänge die schnellere oder langsamere Vermehrung bis zu jener Menge ab, welche hypothetisch als den eigentlichen Ausbruch der Krankheit veranlassend angenommen werden muss. Er will dies aus seinen Fällen beweisen: Die Kinder, die in längerem oder näherem Kontakt mit der Infektionsquelle waren, erkrankten früher, während bei 2 Kindern, die unmittelbar nach der Ansteckung an entfernte Plätze gebracht wurden, erst am 19. Tage das Exanthem zum Ausbruche gelangte. Er will ferner die Thatsache, dass ältere Autoren die Incubationszeit der Varicellen alle viel kürzer angeben, als die modernen, darauf zurückführen, dass jetzt mehr auf Ventilation und Reinheit der Luft in den Zimmern gesehen wird, als früher, so dass das Gift in weniger konzentriertem Zustande übertragen und dadurch die Incubationszeit verlängert wird.

Dr. Goldbaum-Wien.

Bakteriologische Erfahrungen über die Königsberger Tierlymphe. Von Ascher und Symanski. A. d. hygien. Jnstitut der Universität Königsberg. (Zeitschrft. f. Hygiene Bd XXVIII. 3. Heft.)

Die Verff. beschränkten sich bei ihren Versuchen auf die Verimpfung der genannten Lymphe im Gegensatz zu denjenigen, welche mit aus der Lymphe gezüchteten Reinkulturen experimentierten. Die angestellten Tierversuche ergaben die Unschädlichkeit der verwendeten Lymphe. Bei dem Impfverfahren an den Impflingen wurde, um eine Uebertragung von Keimen aus der Haut und den Kleidern in die Impfwunden möglichst auszuschliessen, der Versuch gemacht, ein keimfreies Operationsfeld zu schaffen, dieses mit keimfreien und keimabhaltenden Verbänden zu bedecken und bis zum Schluss der Wunde keimfrei zu erhalten. Zur Orientierung über die Zahl und Art der Keime, die bei den Impflingen und Wiederimpflingen auf dem betreffenden Teil des Oberarmes nach der zu Hause gesetzlich vorgeschriebenen Abwaschung noch vorkommen, sowie über die in dem „reinen" Hemd enthaltenen wurde mittelst sterilen Wattetupfers und sterilen Wassers die betreffende Partie des Oberarmes und der entsprechende Teil des Hemdes abgerieben. Die Tupfer wurden dann auf ihren Gehalt an Mikroorganismen untersucht. Von beiden Stellen wurden fast gleichmässig Staphylococcus pyogenes albus gezüchtet. Die Lymphe enthielt ebenfalls hauptsächlich Staphylococcus pyogenes albus. Um den thatsächlichen Verhältnissen bei der Impfung möglichst gerecht zu werden, mussten aber auch die mehr in der Tiefe der Haut liegenden Keime untersucht werden. Zu diesem Zwecke wurden mit ausgeglühten Impfmessern ohne vorherige Desinfektion der Haut die 4 Impfschnitte gemacht, und die Schneide des Impfmessers auf umgekehrten Agarplatten ausgestrichen. Erst dann wurde nach nochmaliger Ausglühung des Messers geimpft. Auch hier wurden vorwiegend Staphylococcen gefunden.

Indem die Verff. auch nach dem gewöhnlichen Verfahren impften, hatten sie das nötige Material zur Vergleichung. Sie kommen zu dem Schluss: Ein Erfolg der Alkoholabreibung ist nicht zu erkennen, ebensowenig ein Nutzen der sterilen Verbände.

Zur Vervollständigung ist hinzuzufügen, dass am 17. Juni der eine

Digitized by Google

Impfling, der am 21. Mai mit Alkoholabreibung und Verbänden behandelt war, in die Poliklinik gebracht wurde mit einem etwa haselnussgrossen Abscess, der eröffnet wurde und eine Reinkultur von Staphyl. albus aufwies. Das Kind soll etwa 15 Tage nach der Impfung eine Schwellung des Oberarmes bekommen haben, die nach Aussage der Mutter durch Auflegen von Vaseline-Läppchen beseitigt wurde. Indessen heilten die Pusteln nicht zu und es entstand allmählig jener Abscess, der nach einfacher Eröffnung anstandlos heilte. Die Verbände (2) hatten gut gehalten. Nach den Verff. scheint in diesem Falle eine bestimmte Disposition vorzuliegen, die auch sonst beobachtet wird, wobei die Pusteln keine oder nur geringe Heilungstendenz zeigen und dabei Luft- oder Hautkeimen Gelegenheit zu sekundären Infektionen geben.

Es ist noch hervorzuheben, dass die mit Alkohol behandelten Kinder deutlich geringere Pustelentwickelung zeigten, sowohl was die Zahl als auch was die Grösse der Pusteln betrifft. Dies ist so zu erklären, dass aus der Tiefe der Hautporen der eingeriebene Alkohol nicht genügend verdunsten kann und hier keimabtötend wirkt. Für diese Auffassung spricht der Umstand, dass fast immer Keimfreiheit der Agarplatten erfolgte, wenn die Verff. nach energischer Alkoholabreibung der Haut eine Weile bis zur Trocknung warteten, dann mit sterilem Messer kleine Schnitte in die Haut machten und das Messer mit dem Agar in Berührung brachten Die aus der Tiefe der Hautporen mit dem Messer und dem Gewebssaft auf den Agar gelangten kleinsten Tröpfchen verhinderten offenbar ein Aufgehen von mit übertragenden Keimen.

Köppen-Norden.

Sur un cas d'hémoptysie mortelle chez un enfant de huit ans. Von E. Ausset. (Gaz. des hôpit 1899, 40.)

Bei der Obduktion eines 8jährigen Kindes, welches an beträchtlichen wiederholten Blutungen zu Grunde gegangen, zeigte sich Kongestion beider Lungenspitzen ohne sichtbare, tuberkulöse Prozesse, tuberkulöse Erkrankung der Bronchialdrüsen und ein kleiner, völlig lokalisierter tuberkulöser Herd in der Lunge. Die klinische Differentialdiagnose führt zu dem Schluss, dass die Blutung allein aus den Lungen stamme, durch Lungentuberkulose bedingt sein könne. Freilich fehlte eine Cavernenbildung, bei welcher — also am Ende des Krankheitsprozesses — meist die Blutungen auftreten. Auch eine unbemerkt gebliebene Arrosion und Ulceration einer Gefässwand von einer Drüse aus kann hier nicht in Betracht kommen, weil bei einem derartigen Vorgange nur eine enorme, foudroyante Blutung einzutreten pflegt und nicht wie im vorliegenden Falle vier successive, von einander getrennte Hämorrhagien. Die Entwickelung derartiger Störungen erfordert längere Zeit, ihre anatomische Ursache entgeht schwerlich einer genauen Untersuchung. Daher bleibt als einzige Möglichkeit der Herkunft der Blutungen der kongestive Zustand der Lungenspitzen, wahrscheinlich tuberkulöser Natur. Ein relativ kleines Gefäss hatte sich eröffnet, aus ihm erfolgten mehre Blutungen, jede für sich reichlich und durch die Wiederholung zur Verblutung führend.

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Ueber motorische und sensible Lähmung der Beine nach Lorenz'schem Redressement. Von Schlesinger.

Gelegentlich eines Vortrags im mediz. Klub zu Wien stellte Sch. ein Mädchen vor, dass mit motorischer und sensibler Lähmung der Beine behaftet war, bei welchem wegen angeborener Hüftgelenkluxation das Redressement nach Lorenz im Juni 1898 vorgenommen worden war. Unmittelbar nach der Operation bestanden Schmerzen in den unteren Extremitäten, durch 5 Tage hindurch Incontinentia urinae et alvi, Anästhesie an der Aussenseite beider Füsse, am äusseren Genitale, Perineum, um den Anus und in der Harnröhre. In den nächsten Tagen stieg die Anästhesie bis zur Mitte des Unterschenkels an, später ging ein Teil der Störungen zurück. Gegenwärtig sind die Beine fast vollkommen gelähmt, ödematös, vollständige Anästhesie, Hypalgesie und Thermoanästhesie beider Füsse, Verlust der tiefen Sensibilität in Sprung- und Zehengelenken und des Patellar- und Achillessehnenreflexes. Die Anästhesie erstreckt sich auf einen Streifen an der Rückseite des Beines bis zum Perineum, die Clitoris ist anästhetisch. Die Störungen deuten auf eine Läsion des Conus terminalis oder der Cauda equina durch Blutung oder event. Nervenzerreissung hin. Es kommt nicht selten vor, dass Kinder nach diesem Redressement durch einige Tage Stuhl und Urin nicht halten können, oder dass langsam zurückgehende Lähmungen an den unteren Extremitäten auftreten. Vortragender weist auf die Notwendigkeit hin, auf diese Störungen genauer zu achten und sie zu studieren, woraus sich dann Anhaltspunkte für die Auswahl der für diese — an und für sich vortreffliche — Operation geeigneten Fälle ergeben würden. Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Theorie der Säurevergiftung. Von H. Winterberg. A. d. IV. med. Abt. d. k. k. Krankenstiftung Rudolfspital in Wien. (Ztschrft. f. physiol. Chemie XXV. 3. 4. 1898).

Bei der Bedeutung, welche die Säurevergiftung neuerdings auch für Magen-Darmstörungen der Säuglinge gewonnen hat, seien die Untersuchungen und Ergebnisse des Verf. hier mitgeteilt.

Salkowski hatte 1872 festgestellt, dass sowohl bei Einführung von Taurin in den Magen von Kaninchen, als auch bei direkter Verabreichung von Schwefelsäure die im Harne enthaltenen Basen die Säuren derselben fast völlig sättigen, und dass bei gleichbleibender Fütterung die ausgeschiedene Menge von Alkalien bedeutend zunehme. Ungefähr gleichzeitig hatte Gaehtgens für den Hund gefunden, dass bei Einführung von Schwefelsäure die fixen Basen die Säuren nicht decken. Hiernach stellte S. den prinzipiellen Unterschied in der „chemischen Organisation" der Pflanzen- und Fleichfresser fest. 1877 zeigte Walter, dass Hunde auch gegen solche Säuremengen immun sind, welche pro Kilo Tier berechnet, bei Kaninchen sicher den letalen Ausgang bewirken würden; er wies nach, dass, wie S. schon vermutet, diese Immunität von einer vermehrten Ammoniakausscheidung abhängig sei; wohingegen S. bei Kaninchen gefunden hatte, dass der Harn nach Taurinfütterung dieselbe geringe Menge von Ammoniaksalzen wie vorher enthielt. Indem W. von der Voraussetzung ausging, dass das Blut und die Lymphe als Quelle für die Alkalien aller übrigen Organe anzusehen seien, und dass der Gehalt des Blutes an Alkalien dem Gehalte derselben an Kohlen-

Digitized by Google

säure proportional sein müsste, da letztere im Blute fast gänzlich an Alkalien gebunden sei, schloss er, dass eine eintretende Alkalientziehung sich zunächst im Kohlensäurebestande des Blutes geltend machen müsste. Indem er nun bei normalen und mit Säure vergifteten Kaninchen und Hunden die aus dem Blute nach Säurezusatz auspumpbare Kohlensäuremenge bestimmte, fand er bei den Kaninchen eine gewaltige, bei den Hunden eine weit geringere Abnahme. Da es ihm gelang, durch Injektion von kohlensaurem Natrium vergifteten, dem Tode nahen Kaninchen das Leben zu verlängern, folgerte er, dass die Alkali-Verarmung des Blutes die Todes-Ursache sei. S. stellte mit Hunden den umgekehrten Versuch an, indem er durch Eingabe von essigsaurem Natrium den Harn von Hunden alkalisch machte, wodurch das Ammoniak bis auf Werte sank, welche den bei Pflanzenfressern nahe kamen. Die von den verschiedenen Forschern gefundenen Thatsachen fasste Haller vordem 1879 dahin zusammen, dass die Carnivoren Säure vertragen, weil sie Ammoniak disponibel haben, und dass die Herbivoren keine Säure vertragen, weil ihnen kein Ammoniak zur Verfügung steht.

Hierbei blieb die Theorie der Säure-Vergiftung stehen. Verf. suchte nun zu entscheiden, ob nicht doch die konstant alkalische Nahrung der Pflanzenfresser in einem essentiellen Zusammenhange mit ihrer minimalen Ammoniak-Ausscheidung stehe. Er fand nun, dass die Pflanzenfresser ebenso wie die Fleischfresser über Ammoniak von Säure neutralisierender Funktion verfügen.

Verf. stellte 10 Versuche mit Kaninchen an.

Das erste Tier war bis zum Beginn der Untersuchung mit Salat gefüttert worden und bekam in den beiden der Salz-Säurezufuhr vorangehenden und den beiden folgenden Tagen nur destilliertes Wasser; das zweite Tier erhielt vor und während der Säurezufuhr Rüben; das dritte Hafer und destilliertes Wasser; das vierte gleichfalls, aber nach der Säurezufuhr nur noch Wasser; das fünfte zwischendurch doppeltkohlensaures Natrium; das sechste Hafer und Wasser und nach der Säure Natrium. Das Ergebnis dieser Versuche ist dahin zusammenzufassen, dass als Folge der Säurezufuhr eine vermehrte Ammoniakausscheidung sich ergiebt. Dass die erhöhte Ammoniakausfuhr als reine Säurewirkung aufzufassen ist, beweist der Umstand, dass sie durch Darreichung von doppeltkohlensaurem Natrium sowohl prozentisch als auch absolut auf ihr physiologisches Minimum herabgedrückt wird; sie ist nicht von einem pathologischen Zerfall stickstoffhaltiger Gewebe abhängig, da die ausgeschiedene Stickstoffmenge, selbst bei starker Vermehrung des Ammoniaks, normal sein kann, sodass als pathognomonisch für die Säureintoxikation bei Kaninchen ein reichlicher Zerfall stickstoffhaltigen Gewebes nicht gelten kann. Unter normalen Bedingungen war das Verhältniss von Ammoniak zum Gesamtstickstoff nicht grösser im saueren als im alkalischen Harn. Ein 7. Versuch zeigte ausserdem, dass der Uebergang von alkalischer zu sauerer Fütterung keine wesentliche Veränderung dieses Verhältnisses zur Folge hat. Diesen Experimenten folgten drei, welche eine etwaige Beeinflussung der Ammoniak-Ausscheidung bei vorwiegender Fleischnahrung erkennen lassen sollten. Zu diesem Zwecke wählte Verf. den Hungerzustand, in welchem die Tiere den Fett- und Eiweissbestand ihres Körpers angreifen und demnach als Fleischfresser zu betrachten sind. Die Tiere erhielten demnach während der

Digitized by Google

Versuchszeit nur destilliertes Wasser. Bei den beiden ersten kam es rasch zu einer bedeutenden und anhaltenden prozentischen und absoluten Vermehrung des Ammoniaks, der eine gleichzeitig einsetzende Steigerung der Stickstoff- und Alkaliausscheidung parallel lief. Letzteres war beim dritten Tier nur andeutungsweise vorhanden, während die Ammoniakausscheidung vom letalen Ausgang gefolgt war. Hieraus ergiebt sich, dass der Hungerzustand als solcher und für sich allein entweder keine oder eine erst kurz vor dem Tode auftretende Ammoniaksteigerung bedingt. Die Ursache, weshalb sich die Tiere. VIII. und IX. ähnlich wie die säurevergifteten verhalten, glaubt Verf. in der durch den Verfall stickstoffhaltiger Gewebe bedingten Säuerung des Organismus zu finden, indem der einzige Unterschied in hungernden und säurevergifteten Tieren in der bei den ersteren die Ammoniaksteigerung begleitenden Vermehrung der Stickstoffausscheidung besteht. Dieser Zerfall der stickstoffhaltigen Gewebe wird durch eine Anwässerung des Körpers mit destilliertem Wasser beschleunigt, welches von den Nieren in Begleitung anorganischer und organischer Verbindungen ausgeschieden wird, welche das hungernde Tier statt der Nahrung dem lebenden Gewebe entnehmen muss. Da lebendes Eiweiss ohne einen gewissen Aschegehalt nicht zu existieren vermag, muss es einschmelzen, wenn ihm die krystalloiden Stoffe entzogen werden. Die dabei auftretenden sauren intermediären Produkte werden teilweise durch Ammoniak gesättigt, da Alkali in genügender Menge nicht zur Verfügung steht. Der Unterschied in der chemischen Organisation bei Pflanzen- und Fleischfressern ist demnach ein quantitativer und wird nach Dorvin erklärlich, dass eine Funktion, welche bei den Fleischfressern ununterbrochen geübt wurde, ausgebildeter und leistungsfähiger als bei den Pflanzenfressern sein muss, wo sie nur unter ganz abnormen Verhältnissen in Verwendung tritt.

Eine zweite Versuchsreihe beschäftigte sich mit der Frage, ob bei letaler Säurevergiftung die Verarmung des Blutes an Alkalien als die Ursache des eintretenden Todes anzusehen sei. Verf. fand nun, dass thatsächlich, wie Walter annimmt, bei Säureintoxikation eine geringe Verarmung des Blutes an Alkalien besteht, dass diese jedoch nicht imstande ist, die gewaltige Kohlensäure-Abnahme zu erklären. Die direkte Proportionalität zwischen dem Kohlensäure- und Alkali-Gehalt des Blutes besteht demnach nicht. Dagegen weist der Chloridbestand des Blutes Veränderungen in entgegengesetzter Richtung auf. Dies bedeutet, dass bei der Säurevergiftung die Säure unter Absättigung der basischen Bestandteile ins Blut eintritt. Durch diese beiden Prozesse tritt die Kohlensäureverarmung des Blutes ein, welche demnach ein sicheres Kennzeichen der Säureintoxikation ist. Wenngleich das Blut einen geringen Teil seiner Alkalien zur Deckung der Säuren abzugeben vermag, so erweisen sich doch als eigentliches Reservoir für Alkali die übrigen Körpergewebe.

Am Schluss fasst der Verf. das Ergebnis seiner Untersuchungen in fünf Sätzen zusammen, von deren Wiedergabe wir absehen können, da sie in den obigen Ausführungen enthalten sind.

A. Köppen-Norden.

Ueber subkutane Injektionen von Heroinum muriaticum. Von A. Eulenburg. (Deutsch. med. Wochenschrift 1899, No. 12).

Verf. hat sich seit über 2 Monate mit der subkutanen Injektion

Digitized by Google

des Heroins beschäftigt und mit 250 gr. einer 2prozentigen Heroinlösung 300 Injektionen gemacht an den verschiedensten Körperregionen in Dosen von 0,005—0,01, die durchaus schmerzlos waren und keine üblen Folgen hatten. In 2 Fällen, wo über diese Dosis hinausgegangen wurde, traten unangenehme Erscheinungen auf. In dem einen Fall bei einem an Morphium sehr gewöhnten Mann trat 10 Minuten nach der Injektion von 0,02 Uebelkeit, allgemeines Unbehagen, Schwindelgefühl, dann Abspannung, grosse Müdigkeit und mehrstündiger Schlaf ein. In dem andern Falle bei einer anämischen Frau, die wegen Ischias 0,012 Heroin in die Glutealgegend injiziert bekam, erfolgte etwa nach 5 Minuten Schwindel, Uebelkeit und mehrmaliges Erbrechen, worauf ein Zustand allgemeiner Mattigkeit und Schwäche noch für mehrere Stunden zurückblieb. Es ist aber zu empfehlen, die Dosis 0,01 pro Injektion nur in Ausnahmefällen und nur bei vorsichtiger allmählicher Steigerung zu überschreiten, mit der Anfangsdosis auch bei Erwachsenen eher noch darunter zu bleiben. Andere Nachteile wurden bei der Injektion nicht beobachtet. Bei der subkutanen Injektion kommen die Linderung des Hustenreizes, die antiasthmatische und antidyspnoische Palliativwirkung rascher und intensiver zur Geltung als bei interner Darreichung. Entgegen Leo hatte E. auch bei schmerzhaften Affektionen verschiedener Art, Trigeminusneuralgien, Intercostalneuralgien, Ischias, rheumatischen Myalgien und Arthralgien die gleichen Palliativwirkungen wie bei den etwas grösseren Morphiumdosen. Besonders zu empfehlen ist das Heroin bei Patienten, bei denen durch längeren Morphiumgebrauch und Ausscheidung des Morphiums von der Magenschleimhaut Störungen der Digestion und ein Darniederliegen der gesamten Ernährung leicht unterhalten werden. Bei Patienten, die seit langer Zeit (6 Monate bis 1 Jahr) Tagesdosen von 0,025 resp. 0,03 Morphium auf 4—5 Injektionen verteilt nicht entbehren konnten, wurde dieses leicht durch Heroin ersetzt und rasch auf 0,013—0,01 heruntergegangen und die Zahl der Injektionen von 4—5 auf 2—3 gebracht, wobei das subjektive Wohlgefühl viel länger anhielt und nicht durch dyspeptische Beschwerden gestört wurde, Appetit und Ernährung sich aber besserten.

E. wünscht recht bald ein Verbot nicht nur der freihändigen Abgabe des Heroins, sondern auch vor allem der Wiederanfertigung ohne ausdrücklichen ärztlichen Wiederholungsvermerk.

Drews-Hamburg.

Wirkung von Medizinen bei Kindern. Von J. B. Megee. (Medical Standard. 1899.)

Nur so wenige Medizinen als möglich sind den Kindern zu geben; wenn aber indiciert, sollen sie ausgiebig zur Anwendung kommen. Wir sollen sowohl wissen, wie eine Medizin nicht wirkt, als auch, wie sie wirkt. Bei leichten Krankheiten der Kinder ist die Tendenz zur Wiederherstellung sehr stark. Die Medizin soll einfach sein. Medizinen, welche sich schnell eliminieren, sollen öfters gegeben werden wie z. B. Alkohol, Nitroglycerin, Ammonium, Salze, Aconit und Belladonna; Digitalis wirkt kumulativ und sollte nur in grossen Intervallen gegeben werden. Pillen und Pulver werden von kleinen Kindern nicht gern genommen. Salol und Sulfonal in Pillen und Tabletten passieren den Intestinal-Kanal oft intact. Glycerin ist ein besseres Vehikel als Syrup, besonders im Sommer. Mit

Digitized by Google

Ausnahme von Opium und seinen Alkaloiden können grössere Dosen gegeben werden, als gewöhnlich gebräuchlich. Natrium-Salze sind den Kali-Salzen vorzuziehen. Vorsicht ist bei Verabreichung von Opium geboten, ausgenommen bei Opium camphoratum, ein Tropfen auf jedes Jahr ist eine sichere Dose. Dowers Pulver ist Kindern nicht zu geben. Chloral ist ein gutes Schlafmittel. Die Bromsalze werden sehr langsam eliminiert. Sulfonat und Trional sind sichere Hypnotica für Kinder. Belladonna wird ausnahmsweise gut von Kindern ertragen und kann in 2 Tropfen-Dosen auf jedes Jahr gegeben werden, sogar 60 Tropfen wurde pro Tag Kindern von 2 oder 3 Jahr alt gegeben. Alkohol ist eines der besten Herz-Stimulantien. Strophanthus ist Digitalis vorzuziehen. Coffein und Cocaïn werden nicht gut ertragen, jedoch Strychnin. Kinder ertragen die Mercurial- und Arsenik-Präparate gut. Kälte ist ein gutes Antipyretikum, Phenacetin und Acetanilid können angewendet werden bei Malaria, auch Chininum sulf.

Dr. Wollenmann-Ferdinand (Indiana.)

Die Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. Von Fritz Lange. Sammlg. klin. Vorträge N.F. No. 240. Leipzig 1899, Breitkopf & Härtel.

In dem vorliegendem Vortrag fast L. seine Ansicht über Pathologie und Therapie der angeborenen Hüftgelenksluxation zusammen. Entgegen Lorenz, welcher in seinen Arbeiten nur die Luxatio iliaca berücksichtigt, da er seine Erfahrungen an blutigen Operationen älterer Kinder gewonnen, unterscheidet Verf. drei Formen der angeborenen Luxation. Die Lux. nepracotyloidea, die lux. supracotyloidea iliaca und die lux. iliaca. Die erste trifft man bei Kindern, welche noch nicht viel gegangen sind. Untersucht man das Kind bei Rückenlage und Streckstellung des Oberschenkels, so ist der verrenkte Kopf in derselben Frontalebene, in welcher der Kopf unter normalen Verhältnissen steht oder etwas vor derselben, aber stets gleichzeitig lateralwärts und oberhalb von der Pfannengegend zu fühlen. Bringt man dann das Bein in rechtwinkelige Beugung und maximale Adduktion so ist auf der Darmbeinschaufel kein Kopf zu fühlen. Bei der zweiten Form findet man den Kopf bei Streckstellung des Oberschenkels vorn in der Gegend der spina il. ant. sup., bei Beugung und Adduktion derselben auf der Darmbeinschaufel. Die letztere Form zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl bei Streck- wie bei Beugestellung des Oberschenkels der Kopf auf der Darmbeinschaufel in seiner ganzen Ausdehnung abzufassen ist. Für die Entstehung dieser verschiedenen Luxationsformen giebt L. diese Erklärung: Solange wie das Kind steht und nur auf ebener Erde geht, drängt der Kopf über den rudimentären Pfannenrand nach oben, bis er den Widerstand der Weichteile (oberes Kapselband, lig. teres, M. pyriformus, obturator internus und externus) überwunden hat; schliesslich giebt auch das untere Kapselband nach. Gleichzeitig annähernd fängt auch das Kind an, bei gebeugtem Oberschenkel das Hüftgelenk zu belasten. Hierdurch wird der Kopf nach hinten verschoben, der Kapselschlauch wird auch nach hinten ausgezogen und so entsteht der zweite Grad der Luxation. Die dauernde Verschiebung des Kopfes auf die Darmbeinschaufel wird dann schliesslich durch den Zug der in Betracht kommenden Muskeln verursacht.

Nachdem Verf. sich dann noch über die Sagittalstellung des

Digitized by Google

Schenkelhalses ausgesprochen, widmet er bei der Behandlung der Luxation dem Verhalten der Gelenkkapsel besondere Aufmerksamkeit. Auch hier weicht er von der seit Lorenz gebräuchlichen Auffassung ab, indem er zeigt, dass bei der lux. supracotyloidea die vordere Gelenkkapsel nicht geschrumpft, sondern verlängert ist.

Hieraus ergiebt sich für die Therapie von selbst, dass ein anderes Repositionsmanöver am Platze ist, nämlich Innenrotation und Abduktion. Für die Retention betont Verf. dass man auf die Ausnutzung der Weichteilspannung angewiesen ist. Um die Bildung eines festen Gelenkes zu beschleunigen, hat Verf. Injektionen von Chlorzink gemacht und einen besonderen Beutenring mit senkrechter und L förmiger Schiene benutzt.

Betr. der Dauerresultate macht Verf. darauf aufmerksam, dass ein vorläufiger günstiger Erfolg durch Erschlaffen der Weichteile wieder zunichte gemacht werden könne.

Wie aus dem Gesagten zur Genüge hervorgeht, bietet die Abhandlung eine Reihe neuer Gesichtspunkte, wodurch das Studium derselben lohnend und anregend wirkt.

A. Köppen-Norden.

Zur Lehre von den angeborenen Hirnbrüchen und deren chirurgischer Behandlung. Von A. O. Lindfors. Samml. klin. Vortr. N.F. 222/223. Leipzig, 1898, Breitkopf & Härtel. Einzelpreis 1 Mk. 50 Pf.

Verf. bespricht zunächst die Geschichte und die Aetiologie der in Rede stehenden Anomalie. Betreff letzterer ist ihm wahrscheinlich, dass es mehr als eine Ursache giebt, und dass die verschiedenen Arten des Hirnbruchs, wenn auch einander nahe stehend, verschiedene ätiologische Bedingungen haben können, sowie ferner, dass auch innerhalb des Artbegriffes selbst mehrfache individuell wirkende Momente hereinspielen mögen. Für die Entstehung der Hydrencephalocele macht er den Hydrocephalus in erster Linie verantwortlich, während er für die Cenencephalocele die Neubildungstheorie, für die Meningocele Virchow's Theorie von einem Hygrom oder blasenförmigen Oedem in den Hirnhäuten, bei beiden Arten auch amniotische Zusammenwachsungen, Druck der Amnionshaube sowie rhachitische Knochenbildungsschwäche als ursächliches Moment gelten läst.

Weiterhin werden die Definition, Frequenz, Lokalisationen und Anotomie behandelt und darauf die Pathogenese, Komplikationen, Verlauf und Differentialdiagnose, zum Schluss das wichtigste Kapitel über Behandlung und Prognose. Betreff des ersteren Punktes bevorzugt Verf. einer Lineär-Kompression gegenüber die radikale Operation, womit er sich wohl in Uebereinstimmung mit den meisten Chirurgen befindet. Betreff der Prognose hätte Ref. gerne gesehen, wenn hierfür der zur Zeit der Operation bestehende oder später auftretende Hydrocephalus schärfer herangezogen wäre. Denn was nützt es dem Patienten, wenn er seine Geschwulst glücklich los wird und einen Hydrocephalus behält oder erwirbt. In den 55 Fälle umfassenden Kasuistik-Tabellen sind noch nicht aufgeführt: 1. Ueber Hydrocephalocelen und über die Frage ihrer operativen Behandlung. Von Dr. P. Möller, (Deutsche Ztschrft. f. Chir. XLVII. I. 1898.) 2. Ein Fall von Meningocele. Von Dr. W. Reinke. (Festschrift gew. Hrn. Geh. Med. R.

Digitized by Google

Dr. H. Abegg etc. vom ärztl. Ver. zu Danzig. 2. VI. 1898. Danzig, A. W. Kafemann 1898).

A. Köppen-Norden.

Ueber die Behandlung von Hautkrankheiten mit Röntgenstrahlen. Von Albus. (Dtsch. med. Wchenschr. No. 12, 1899).

A. demonstrierte im ärztlichen Verein zu Hamburg Fälle von Lupus, Eczema chronicum und Favus, die er mit Röntgenstrahlen behandelte.

Bei den an Lupus leidenden Patienten bemerkt man nach kurzer Zeit (5—6 mal) eine diffuse, auf Hyperämie beruhende Rötung der bestrahlten Partie. Subjektiv wird ein, auch objektiv festzustellendes Wärmegefühl vom Patienten verspürt. Setzt man die Behandlung fort, so konstatiert man nach einiger Zeit ein Prominieren der Knötchen, Abfallen der Borken und Reinigung etwaiger Ulcerationen. Dabei schwellen derb infiltrierte Teile, wie Nasen, Lippen etc. allmählich vollständig ab. Nach Aussetzen der Behandlung stösst sich die Epidermis nach und nach ab, und man erhält nach Beendigung einer oft wochenlang dauernden Behandlung an Stelle der ursprünglich erkrankt gewesenen Hautpartien eine glatte, zarte, sehr vulnerable, aber völlig lupusfreie Haut. Anders gestaltet sich der Verlauf, wenn man die Bestrahlung in forcierter Weise (wovor zu warnen ist) in Anwendung bringt. Es kommt in solchen Fällen unter Steigerung der reaktiven Erscheinungen sehr bald zur Excoriation der bestrahlten Partien, welche, obwohl sie selten tiefer als auf das Rete Malpighie gehen, Tendenz zu äusserst langsamer Abheilung hat. Ob die mit der Röntgenbestrahlung erzielten Erfolge von Dauer sind, müssen weitere Erfahrungen lehren.

Die Behandlung des chronischen Eczems ist eine wesentlich andere als die des Lupus. Während bei letzterem die Dauer der Bestrahlung eine recht lange sein muss, braucht das Eczem eine verhältnissmässig sehr kurze Zeit (10—12 malige Bestrahlung), um völlig zur Heilung gebracht zu werden. In den 5 Fällen, die A. zeigte, trat völlige und dauernde Heilung ziemlich schnell ein, obwohl sie bereits längere Zeit erfolglos behandelt waren.

Das charakteristische der Bestrahlungstherapie lässt sich in folgende 3 Punkte am besten zusammenfassen: 1. Aufhören des Nässens. 2. Austrocknen der Haut. 3. Abschuppung.

Schnell, Egeln.

Gesundheitspflege.

— Regeln zur Zahn- und Mundpflege. Von Zahnarzt Fedor Gyula. (Gesundheit, No. 2, 1899.)

1. Gute Zähne sind dem Menschen zur Erhaltung der Gesundheit notwendig; daher muss das Kind von der Jugend an für Sauberkeit in der Zahn- und Mundpflege Sorge tragen. 2. Zahnbürste und Zahnpulver müssen stets vorhanden sein und gleichfalls reinlich gehalten werden. 3. Die Bürste soll mittelhart, das Zahnpulver säurefrei sein. 4. Im Notfalle genügt Schlemmkreide zum Putzen der Zähne; auch kann sehr fein pulverisierter Bimsstein 1—2mal in der Woche mit Vorteil beim Bürsten

Digitized by Google

verwandt werden, falls kein Zahnpulver vorhanden ist. 5. Jedesmal nach dem Putzen soll die Bürste in eine Schale untergebracht werden, nachdem sie vorher mit dem Handtuche einigermassen trocken gewischt ist. 6. Das Putzen der Zähne soll schon in der Kindheit früh beim Aufstehen und Abends vor dem Schlafengehen stattfinden. 7. Die Bürste wird ein wenig ins Wasser getaucht, so dass sie etwas Pulver annimmt, dann werden unter gleichzeitigem Spülen die Zähne und das Zahnfleisch gereinigt. 8. Das Bürsten der Zähne wird von oben nach unten und umgekehrt, dann seitlich das Zahnfleisch entlang, ausgeführt, das Bürsten des Zahnfleisches ist für dasselbe gut und nützlich, selbst wenn es in der ersten Zeit etwas blutet. 9. Nach jedem Essen soll der Mund ausgespült werden, wozu bei gesunder Mundhöhle klares Wasser genügt. Durch das Spülen gehen die zurückgebliebenen Speisereste mit heraus; bei Krankheiten des Mundes muss der Zahnarzt ein geeignetes säurefreies Mundwasser verordnen. 10. Als Zahnstocher dienen Gänseposen oder einfach dünne Hölzchen; zu vermeiden sind Stecknadeln, Stahlfedern und andere Metalle. 11. Fremdkörper sind nicht zwischen die Zähne oder in den Mund zu nehmen; mit der Zunge soll nichts feucht gemacht werden, insbesondere ist das Anfeuchten von Markenpapier und das Einsaugen von Tintenflecken und nassen Federn zu vermeiden. 12. Viele Süssigkeiten sind den Zähnen ebensowenig zuträglich wie der häufige Genuss von sauren Speisen. — Zum Schlusse einige Bemerkungen über den gefährlichen Feind der Zähne, den „Zahnstein" (fälschlich auch „Weinstein" genannt). Er bildet sich häufig bei mangelhafter Zahnpflege geradezu in erschreckender Menge, aber auch sonst bei gesundem Munde in geringeren Quantitäten. Mit Vorliebe sammelt sich der Zahnstein an den unteren vorderen Zähnen an, auch vorzugsweise an derjenigen Seite des Mundes, auf welcher wegen irgend eines schmerzhaften Zahnes oder einer Zahnwurzel weniger oder gar nicht gekaut wird. Dieser Zahnstein, ein aus den Kalksalzen des Speichels bestehender Niederschlag, soll in gewissen Zeitabschnitten vom Zahnarzt entfernt werden, da er in grösseren Mengen das Zahnfleisch drückt und reizt, wodurch Entzündung desselben, Lockerheit und Fäulnis der Zähne herbeigeführt werden.

Rezensionen.

Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Dr. Hugo Kafka. München, J. F. Lehmann, 1898. Preis 1 Mk. 20 Pf.

In übersichtlicher Weise stellt Verf. die auf der Klinik von Prof. Mracek in Wien gebräuchlichen Rezeptformeln zusammen und giebt damit eine kompendiöse Zusammenfassung des jetzigen Standes der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S.

15. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. Begründet von Prof. Dr. Uffelmann, herausgegeben von Dr. R. Wehner. Braunschweig, Fr. Vieweg u. Sohn, 1898. Preis 9 Mark.

Im vorliegenden Jahresbericht sind die Leistungen der Hygiene aus dem Jahre 1897 in systematischer und übersichtlicher Weise zusammengefasst, indem dabei alle wichtigen Arbeiten ausführlich besprochen werden. S.

Digitized by Google

Heilserum, Immunität und Disposition. Von D. J. Fröhlich. München, Seitz und Schauer, 1898. Preis 1 Mark 20 Pfg.

Nachdem Verf. nachzuweisen versucht hat, dass die Ehrlich-Behring'sche und die auf diese fussende Theorie Fischer's von der Immunität und Disposition nicht alles erklärt und zu Widersprüchen führt, dass 1. eine Identität der giftbindenden Substanz in den Zellen mit den reaktiv erzeugten Antitoxinen nicht besteht, und dass 2. eine giftbindende Substanz mit den Eigenschaften und der Rolle, welche ihr E. und F. zuschreiben, als normaler Zellenbestandteil eine Unmöglichkeit ist, formuliert er seine Ansicht dahin, dass die natürliche Immunität die ungestörte Einheit der normalen Zelle bedeutet, dass die Disposition deren Verlust darstellt. Durch Bakterien und Bakterientoxine, welche gerade zu der betreffenden Zellenart gewisse Beziehungen haben, wird in der Zelle, welche ihre Einheit verloren hat (infolge naturwidriger Lebensbedingungen), ein dieser ihr eigentümlicher Fäulnis- und Gährungsprozess ausgelöst; durch die Reaktion wird mit der normalen Zelleneinheit auch die natürliche Immunität wiederhergestellt.

So ansprechend dieser Gedankengang in seiner Allgemeinheit ist, so wenig ist er imstande, die Vorgänge bei den verschiedenen Infektionskrankheiten und deren von einander abweichendes Verhalten zu erklären. Woher die „gewissen Beziehungen" der Bakterien?

Am Schluss der Broschüre, welcher sich mit der Heilserum-Frage befasst, erklärt der Verf. die Serumtherapie als unmoralisch, weil die Serumursache aller Infektionskrankheiten im Menschen selbst und die Disposition dazu in dauernder Versündigung gegen die Gesetze einer natürlichen Lebensführung läge, weswegen hier die Hebel zur Besserung anzusetzen seien! Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ein Fall von Pubertas praecox. Von Klein. Verf. schildert einen Fall von isolierter geschlechtlicher Frühreife. Es handelt sich um ein jetzt 2½ jähriges Mädchen, welches im Allgemeinen körperlich eher etwas zurückgeblieben ist, in geschlechtlicher Beziehung dagegen ein exquisites Beispiel von Frühreife darstellt. Auf einem flachen Thorax sitzen beiderseits gut entwickelte Brüste, etwa so gross wie eine gewöhnliche Citrone; Warzen aufrecht von einem dunkel pigmentierten Hof umgeben. In den fettarmen Brüsten ist ein gut ausgebildeter Drüsenkörper zu fühlen. Behaarung der Achselhöhlen fehlt. Der Schoss gleicht an Grösse dem einer 14 jährigen Jungfrau. Die grossen Schamlippen, mässig mit Fett gepolstert, schliessen aneinander und sind rings mit mässig dichten hellen 1—2 cm langen Haaren besetzt. Die kleinen Schamlippen sind minimal, die Clitoris dagegen ziemlich lang und dick. Bei der Percussion des Leibes ergab sich bis 2 Fingerbreiten über dem Nabel tympanitischer Schall, von da abwärts vorn völlige Dämpfung, seitlich und hinten dagegen wieder Darmton. Das Kind hat nachweislich von seinem 11. bis 21. Lebensmonate in regelmässigen vierwöchentlichen Intervallen menstruiert; die Blutung dauerte jedesmal in mässiger Intensität 8 Tage. Mit dem 21. Lebensmonate hörte die Menstruation auf, seitdem machte die körperliche Entwicklung des Kindes bessere

Digitized by Google

Fortschritte als vorher. Verf. schliesst aus der obenan gegebenen Dämpfung, dass das Kind an einem Ovarialtumor leidet und nimmt an, dass in diesem Falle wie in anderen Fällen, die Kussmaul beschrieben hat, der Ovarialtumor die Ursache der Anomalie ist. (Deutsche med. Wochenschr. 99.)

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

— Saenger beantwortet die Frage: „Welchen Wert hat das Gurgeln?" folgendermassen: Da der Wert des Gurgelns in erster Linie davon abhängt, ob und in welchem Masse die Gurgelflüssigkeit mit der Rachenwand in Berührung kommt, hat S. diesbezügliche Versuche angestellt; deren beachtenswertester der folgende ist: Er wickelte um das Ende einer Sonde ein Wattebäuschchen, tauchte es in Wasser, dann in Methylenblau und tupfte den Farbstoff einmal kräftig auf beide Mandeln. Der Versuchsperson das Räuspern und Spucken verbietend liess er nun sofort mit reinem Wasser gurgeln. Die wieder abfliessende Flüssigkeit war nun nicht blau gefärbt, sondern farblos geblieben, so dass sie demnach nicht bis zu den Mandeln gelangt sein konnte. Ferner hat er Mandeln, Hinterzunge und Gaumensegel mit Weizenmehl bepudert und darauf mit verdünnter Jodglycerinlösung gurgeln lassen, ohne dass das Mehl weggespült oder gebläut worden wäre. An Stelle des Gurgelnlassens empfiehlt S. die Betupfung der kranken Rachenteile mittels langgestielten Wattetupfers. (Münch. med. Wochenschr. 99, 8).

H. Frölich-Leipzig.

— Tubercular meningitis. Lumbar puncture. Von H. A. Lafleur.

Durch Lumbalpunktion bei einem Kinde mit typischer tuberkulöser Meningitis gewonnene Flüssigkeit (20 ccm) wurde einen Meerschweinchen subkutan injiziert. Abmagerung und zunehmende Schwäche des Tieres, nach 4 Wochen getödtet. Obduktion: akute Miliartuberkulose, Tuberkelbazillen in allen Organen. Die durch eine zweite Lumbalpunktion erhaltene Flüssigkeit wies im mikroskopischen Präparate Tuberkelbacillen auf. Der therapeutische Erfolg der Lumbalpunktionen bestand in einer vorübergehende Erleichterung und Wiederherstellung des Bewusstsein. Der Tod wurde nicht hintangehalten. (Montr. med. Journ. 99).

v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber das Stillen während der Schwangerschaft. Von Paul Laport.

Die Brüste der Haustiere zeigen in der Milchsekretion keine Veränderung in Betreff des Gehalts an mineralischen Bestandteilen. Die Quantität der Milch wird in einer vorgeschrittenen Zeit der Schwangerschaft vermindert, die konzentrierte Milch enthält weniger Casein, aber mehr Fett und Laktosen. Die Säuglinge, die sie ernähren, entwickeln sich gut, sie selbst müssen ruhig gehalten und sorgfältig gefüttert werden.

Aus seinen eigenen Analysen schliesst L. dass bei der schwangern Frau die chemische Zusammensetzung der Milch sich nicht verändert, dass sie sehr selten zur kollostralen Form zurückkehrt und dass die quantitative Verminderung eine sehr geringe ist.

Das ernährte Kind leidet durchaus nicht an seiner Gesundheit Schaden und nimmt nicht an Gewicht ab. Ausserdem verhindert das

Digitized by Google

Stillen durch die Mutter die künstliche Ernährung und das frühe Abgewöhnen des Kindes.

Um ein Kind an einer schwangern Mutter fortnähren zu lassen, befolge man die Regel, sich nach dem Alter des Kindes und der Jahreszeit zu richten; man setze das Kind nicht ab, wenn es unter 6 Monate alt ist oder sich in der ungünstigen Jahreszeit Juni, Juli, August und September befindet. Wenn die Milch der Mutter sehr abnimmt, reiche man gemischte Ernährung, wenn diese unmöglich ist, nehme man eine Amme.

Die schwangere Frau wird durch das Stillen ihres Kindes in keiner Weise gestört, sie muss natürlich Anstrengungen vermeiden und ihr Kind, das sie trägt, entwickelt sich in normaler Weise. (Thèse de Paris 98).

Drews-Hamburg.

— Pathologie der Schilddrüse. Von E. Shilds.

Ein 10 monatliches, von normalen Eltern stammendes, sonst normales Kind bekam einen Anfall von akuter Thyreoiditis, der eine Woche dauerte und mit Schilddrüsenschwellung, Fieber und Kompressionserscheinungen von Seiten der Trachea einherging. Zur Abscessbildung kam es nicht. Fieber und Schwellung verschwanden mit Zurücklassung einer vollständigen Atrophie der Schilddrüse. Wachsthum und Entwickelung des Kindes kamen sofort nach der Erkrankung zum Stillstande und es trat das Bild des typischen Kretinismus zu Tage. Das Kind, welches gegenwärtig 7 Jahre alt ist, erscheint sowohl in seiner körperlichen als in seiner geistigen Entwickelung sehr zurückgeblieben. Vorübergehende Behandlung mit Schilddrüsenextrakt besserte den Zustand. Haar und Haut nahmen eine mehr normale Beschaffenheit an, die Zunge trat nicht so stark aus der Mundhöhle heraus, auch erschien der Gesichtsausdruck intelligenter. (New-York med. Journal.)

Dr. Goldbaum (Wien).

— Lues im Mund und Rachen. Von Ebstein.

In der Sitzung des Wiener medicinischen Klubs vom 16. November v. J. stellte E. ein 8jähriges Mädchen mit luetischen Geschwüren im Mund und Rachen vor. Dasselbe leidet seit 2 Wochen an hochgradigen Schlingbeschwerden, so dass es nur Milch geniessen kann. Die Untersuchung ergiebt: fleckige Trübungen nebst zarter diffuser Trübung der corneae, Oberkiefer flach, Sattelnase, purulente Rhinitis mit Atrophie, Rhagaden an den Mundwinkeln, Fehlen der zwei oberen mittleren Schneidezähne, die anderen Zähne verkümmert und weit von einander abstehend, stellenweise Defekte des Zahnschmelzes, hochrothe, wulstige Infiltration in der Uvula und den Arkadenrändern mit kreisrunden Geschwüren mit speckigem Grunde, die hintere Pharynxwand und die hintere Fläche der Uvula in eine nach oben bis in den Nasenrachenraum, nach unten bis zum Kehlkopfeingange reichende Geschwürsfläche verwandelt, die Epiglottis dick, infiltrirt, mit einem Geschwür in der Mitte des rechten Randes, der rechte nussgrosse Aryknorpel trägt ein Geschwür von 1 cm Durchmesser. Die Hornhauttrübungen sind als Residuen nach luetischer Keratitis aufzufassen, der übrige Befund spricht ebenfalls für hereditäre Syphilis. Syphilitische Geschwüre im Larynx sind selten, meist sitzen sie an der Epiglottis (unter 14 beobachteten Fällen 12 mal). Die Prognose

Digitized by Google

ist wegen der zu erwartenden Narbenbildung im Rachen nicht günstig. Therapeutisch ist eine Inunctionskur nebst lokaler Behandlung der Geschwüre mit Arg. nitr. in Aussicht genommen.

Dr. Goldbaum (Wien).

— Akuter Alkoholismus bei einem zweimonatlichen Säugling. Von Ausset.

A. beobachtete folgenden Fall: Bei einem Kinde, bei welchen die Erscheinungen einer tuberkulösen Meningitis auftraten (vorgewölbte Fontanelle, Temperatur 39°, Nackensteifigkeit, vereinzelte Rasselgeräusche über den Lungen, Diarrhöen) kam es im weiterem Verlaufe zu Erbrechen und Cheyne-Stokes'schem Atmen. Das Kind wurde von einer Amme genährt; dieselbe musste plötzlich über ihren Wunsch entlassen werden. Damit besserten sich die cephalischen Erscheinungen, der Atmungsrhytmus wurde normal, das Fieber verschwand, die Fontanellenbildung ging zurück, kurz, das Kind genas vollkommen. Nachträglich erfuhr man, dass die Amme die Gewohnheit hatte, sich allabendlich zu betrinken. A. ist daher der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um einen akuten Alkoholismus des Kindes handelte. Die Diagnose wurde erschwert durch den Umstand, dass die Mutter des Kindes skrophulöse Narben am Halse und tuberkulöse Erscheinungen von Seiten der Lungen darbot, und ausserdem schon einen Knaben an tuberkulöser Meningitis verloren hatte. (L'Echo medic. 99.) Dr. Goldbaum-Wien.

— Considérations sur les rechutes de la rougeole. Von P. Vergely.

Während einer Masernepidemie erkrankte ein 10jähriges Kind unter typischen Prodromalerscheinungen von 8tägiger Dauer (Conjunctivitis, Nasenkatarrh, laryngo-bronchiale Reizung), welchen eine nach Form, Entwickelung und Verlauf charakteristisches Exanthem sich anschloss. Kurze Pause: neue Prodrome, 4—5 Tage später: neue Eruption auf Gaumenschleimhaut und Haut von Gesicht, Hals und Brust, weniger der Extremitäten und des Abdomen mit nachfolgender typischer, aber weniger intensiver, Desquamation als das erste Mal. Ohne Zweifel handelte es sich beide Male um echte Masern. Lag nun eine wiederholte Erkrankung, ein Rezidiv oder ein Rückfall vor? Mit letzterem bezeichnet Verf. nach dem Vorgange anderer Autoren den Fall, dass die infektiöse Ursache ihre Einwirkung noch nicht beendet hat, sondern nach kürzerer Frist im Verlauf derselben Epidemie wiederum die gleichen Erscheinungen erzeugt. Ein echtes Recidiv jedoch liegt vor, wenn die Masern nach längerer Pause, in einer andern Epidemie wiederholt auftreten. Ein Vergleich der kontradiktorischen Ansichten der Autoren ergiebt, dass Recidive und Rückfälle bei Masern überhaupt nicht gerade häufig sind, dass aber Recidive viel seltener vorkommen als Rückfälle. Zur exakten Entscheidung der Frage reichen freilich die bisherigen Berichte wegen ihrer meist sehr knappen Schilderung der Verhältnisse nicht aus. Als solcher kann gelten, dass Rückfälle im Verlaufe von 6—10 Tagen eintreten. Sie stellen nicht eine exogene Reinfektion, sondern lediglich eine Autoreinfektion dar. Die Frage nach der Häufigkeit der echten Recidive und der Rückfälle bleibt noch endgültig zu lösen. (Gaz. hebd. de med. et de chir., 98). v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Dermatol. 5,0
Zinc. oxyd. alb.
Amyl. aa 20,0
Vaselin. flav. 50,0
Mf. past. DS. äusserlich.
Eczem. chronic.
(Ctlbl. f. d. gs. Ther.)

Rp.
Scill. pulv. 0,05
Sacch. pulv. 1,0
Div. in part. aeq. V.
DS. 2 stdl. 1 P.
Diureticum.
(Münch. med. Wchschr.)

Rp.
Acid. lactic. 2,0
Aq. destillat. 80,0
Syr. simpl. 20,0
MDS. 2—2½ stdl. 1 Theel.
Diarrhée verte d. Säuglinge.
(Ségary.)

Rp.
Oxymel. Scill. 10,0
Tinct. Bellad. gtt. X.
Aq. destillat. 20,0
Syr. simpl. 10,0
MDS. 2stdl. 2 Kaffeel.
Bronchitis u. Pertussis.
(Münch. med. Wchschr.)

Rp.
Pulv. rad. Bellad.
Pulv. rad. Ipecac. aa 0,03
Chinin. mur. 0,15
Elaeosacch. foenicul. 0,5
Mf. pulv. D. dos X ad chart. cerat.
S. Morgens u. Abends 1—3 P.
Pertussis.
(Ctbl. f. d. gs. Ther.)

Rp.
Acid. gallic. 5,0
Glycerin. 20,0
DS. zum Pinseln.
Aphthen.
(Ctlbl. f. d. gs. Ther.)

Kleine Mittheilungen.

— Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hält ihre diesjährige Versammlung gelegentlich der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München (v. 17.—22. September d. J.) ab. Als Hauptvortragsthemata sind vom Vorstande der Gesellschaft bestimmt worden: 1. Ueber die Behandlung des Eczems im Kindesalter (gemeinschaftlich mit den Abteilungen für Hautkrankheiten, innere Medicin und Geburtshilfe). Referenten: Rille (Innsbruck) und Loos (Innsbruck). 2. Ueber Krämpfe im Kindesalter. Referenten: Lange (Leipzig) und Thiemich (Breslau). 3. Ueber Sepsis im frühen Kindesalter. Referenten: Finkelstein (Berlin) und Seiffert (Leipzig). Ausserdem sind bis jetzt noch 33 Vorträge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde angemeldet worden.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in Worms.

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen.

X. Jahrg. **Oktober 1899.** **Heft 10.**

Inhalt: Originalien: **Schmey,** Ein Fall von akuter rheumatischer Pneumonie im Kindesalter nebst Bemerkungeu über Nebenwirkungen der Salicylsäure, 217. — **Burkhardt,** Ein Fall von Poliomyelitis acuta im Anschluss an Influenza bei einem 15jährigen Mädchen, 219. — **Klug,** Der Wert des Naftalan in der Therapie, 224. — Referate: **Knöspel,** Masern, 227. — **Auerbach,** Poliomyelitis anterior acuta, 227. — **Koplik,** Künstlich ernährte Kinder, 229. — **Fuchs,** Hygiene der ersten Lebenstage, 230. — **Gemmel,** Myositis ossificans, 231. — **Purrucker,** Thymusdrüse, 231. — **Still,** Oxyuris vermicularis, 232. — **Orbán,** Lactase, 232. — **Petersen,** Favus, 233. — **Floret,** Heroin, 233. — **Mikulicz,** Seifenspiritus als Desinfektionsmittel der Hände, 234. — **Leichtenstern,** Chloroform als Bandwurmmittel, 235. — Gesundheitspflege: **Suck,** Die Luftverschlechterung im Schulzimmer, 236. — Rezensionen: **Baginsky,** Lehrbuch der Kinderkrankheiten VI. Aufl. 1. Abtlg., 236. — **Graetzer,** 6 Jahre Casuistik, 237. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 238. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 240. — Kleine Mittheilungen, 240.

Ein Fall von akuter rheumatischer Pneumonie im Kindesalter nebst Bemerkungen über Nebenwirkungen der Salicylsäure.

Von Dr. F. Schmey, Beuthen O./S.

Die Pneumonie ist eine ausserordentlich schwere Komplikation des akuten Gelenkrheumatismus. Ueber ihre Häufigkeit sind die Ansichten durchaus geteilt. Die betreffenden Angaben schwanken, wie ich dem ausgezeichneten Werke von Pribram über den akuten Gelenkrheumatismus entnehme, zwischen 0,64 und 12,23 Prozent.

Im Laufe dieses Jahres, das uns auffällig zahlreiche und schwere Erkrankungen an Pneumonie gebracht hat, habe ich zweimal Gelegenheit gehabt, Pneumonie zu beobachten, die zweifellos rheumatischer Natur d. h. durch das Virus des akuten Gelenkrheumatismus bedingt waren. Der eine tötlich verlaufene Fall betraf einen 29jährigen sehr kräftigen Mann, der bis auf eine leichte Rauhigkeit des zweiten Aortentones, die von einer in der Kindheit überstandenen rheumatischen Attaque herrührte, ganz gesund war. Der zweite Fall betraf ein 15jähriges anämisches scoliotisches Mädchen.

Nachdem das Kind bereits vor etwa 3 Wochen über rasch vorübergehende Schmerzen in dem einen Sprunggelenke geklagt hatte, die von dem Pädiater, bei dem sie wegen der Scoliose Turnübungen machte, als ein leichter Anfall von Gelenkrheumatismus bezeichnet waren, er-

Digitized by Google

krankte es eines Tages akut unter Schmerzen in der rechten Seite. Ich konstatierte eine Temperatur von 39°, hinten rechts unten Dämpfung und verschärftes Atmen, das in den folgenden Tagen einen bronchialen Charakter annahm, und stellte die Diagnose: Pneumonie des rechten Unterlappens. Die Temperatur hielt sich einige Tage auf konstanter Höhe; über Gelenkschmerzen wurde in den ersten Tagen nicht im geringsten geklagt. Auffällig war das absolute Fehlen des Hustens und Auswurfs; auch die Auskultation ergab niemals Rasselgeräusche, wie sie der Solution der pneumonischen Hepatisation entsprechen. Ich möchte das als charakteristisch für die rheumatische Pneumonie bezeichnen, da auch in dem zweiten von mir oben erwähnten Falle niemals Husten und Auswurf bestanden; nur einmal schien es, als ob man bei der Auskultation die physikalischen Symptome der Solution hörte, doch mussten wir uns bald überzeugen, dass es sich nicht um Crepitatio redux, sondern um beginnendes Lungenödem handelte. Der Temperaturverlauf bei der Pneumonie des Mädchens war in keiner Hinsicht charakteristisch. Einige Tage nachdem die Pneumonie konstatiert war, traten plötzlich heftige Gelenkschmerzen auf, beide Kniegelenke und das rechte Sprunggelenk schwollen in für den akuten Gelenkrheumatismus charakteristischer Weise an. Gleichzeitig traten Endocarditis und Pericarditis auf, die sehr schnell zu einem mächtigen pericarditischen Ergusse führte. Die Herzdämpfung reichte nach oben bis zur zweiten Rippe, nach rechts weit über den rechten Sternalrand hinaus. Es bestand nun kein Zweifel darüber, dass die ganze Affektion sowohl in den Gelenken, als in der Lunge und am Herzen ein und derselbe Krankheitsprozess war, nämlich akuter Gelenkrheumatismus. Es erwies sich also als nötig, dem Kinde Salicylsäure zu geben. Um den Magen des Kindes zu schonen, beschlossen wir — ausser mir war nämlich noch ein Kollege zur Behandlung herangezogen worden — die Salicylsäure zunächst perkutan zu applizieren und zwar in Form der bekannten Salicylsäure-Terpentinsalbe. Schon nach wenigen Tagen, in denen der rheumatische Prozess in allen seinen Manifestationen durch diese Medikation entschieden günstig beeinflusst wurde, mussten wir jedoch davon Abstand nehmen, da die Oberhaut überall da, wo die Salbe appliziert war, sich in grossen Fetzen ablöste. Wir gaben dann das Natrium salicylicum in Pulvern, von denen jedes 0,5 0,75 neben einer kleinen Menge Pulv. fol. digital. enthielt. Von diesen Pulvern wurden der Patientin täglich 2—4 gegeben. Der Appetit des Kindes litt unter dieser Medikation gar nicht, doch möchte ich eine auffällige Magenatonie, die sich einigemale zeigte, als Nebenwirkung der Salicylsäure betrachten, trotzdem eine solche Nebenwirkung meines Wissens noch nie beschrieben worden ist. Der Magen war wiederholt so sehr aufgebläht, dass das Herz ganz aus seiner Lage verdrängt war. Der tympanitische Magenschall war einmal sogar so hoch oben nachweisbar, dass er ein Pneumopericard vertäuschen konnte. Diese Aufblähungen des Magens verschwanden obenso rasch als sie kamen.

Noch auffälliger war aber eine andere Erscheinung. Seitdem das Kind die Salicylsäure innerlich bekam, war sein Schlaf in eigenthümlicher Weise gestört, indem es mitten im festesten Schlafe wiederholt plötzlich aufschrie. Dieses Schreien, das in mancher Nacht bis 20 mal vorgekommen sein soll, wurde von der Mutter als ein Heulen oder Brüllen bezeichnet. Das Kind selbst wusste davon nichts. Da das

Digitized by Google

Mädchen immer sehr nervös gewesen war, so nahmen wir zunächst an, dass dieses nächtliche Schreien nichts weiter sei, als ein Ausfluss der durch die lange Krankheit gesteigerten Nervosität und legten darauf weiter kein Gewicht. Später, als das Schreien immer schlimmer wurde, dachten wir an epileptiforme Zustände und fügten den Salicylsäurepulvern je 0,5 Natr. brom. zu, jedoch ohne Erfolg. Da wurden durch ein Versehen die Salicylsäurepulver eines Tages nicht eingegeben und wie mit einem Schlage war das oben beschriebene Schreien verschwunden und kehrte, da wir den innerlichen Gebrauch von Salicylsäure von nun an wegliessen, nicht mehr wieder. Störungen des Centralnervensystems nach Salicylsäure sind oft beschrieben worden. Diese Störungen haben allerdings meist den Charakter von Depressionszuständen, doch sind auch Zustände von heftiger psychischer Erregung beschrieben worden. Ich bemerke zum Schluss noch, dass das Kind völlig gesund geworden ist, dass weder am Herzen, noch am Herzbeutel noch an den Gelenken irgend welche Entzündungsreste zurückgeblieben sind.

Ein Fall von Poliomyelitis acuta im Anschluss an Influenza bei einem 15jährigen Mädchen.

Von Dr. med. Albin Burkhardt, Nervenarzt in Dresden.

Zweierlei veranlasst mich den folgenden Fall von Poliomyelitis zu veröffentlichen. Einmal das wohl vermutete aber bisher noch nicht beobachtete Auftreten der Poliomyelitis nach Influenza, und zweitens die im Laufe eines Jahres fast vollständig eingetretene Heilung einer im Anfang ausserordentlich schwer erscheinenden Paraplegie der untern Extremitäten. Aetiologisch nahm man früher an und ist auch heute damit noch nicht weiter gekommen, dass Poliomyelitis sich häufig an akute Infektionskrankheiten: Masern, Scharlach, Keuchhusten etc. anschliesse; ausserdem sollen Erkältung und Trauma ebenfalls die Krankheit hervorrufen können. Das s. Zt. beobachtete epidemische Auftreten von Pol. in Schweden deutet ja offenbar auch auf ein infektiöses Agens hin, doch sind alle bakteriologischen Untersuchungen frischer Fälle bis jetzt ergebnislos verlaufen.

Pathologisch-anatomisch stehe ich vollständig auf dem Standpunkte Siemerlings*) und Goldscheiders**), dass die Pol. eine akute Myelitis ist, sich ausbreitend an den Gefässen besonders der art. spin. anter. Die graue Substanz der Vorderhörner ist dadurch — entsprechend dem durch die genauen Untersuchungen von Kadyi***) und Adamkiewicz†) festgestellten Verlauf der Centralgefässe, in verschiedener Höhe teils stärker, teils schwächer betroffen. Die Atrophie der Gang-

---

*) Archiv f. Psych. und Nervenkrkh. Bd. XXVI, S. 267 ff.

**) Leyden u. Goldscheider, Erkrankungen des Rückenmarks 1897.

***) Kadyi, Ueber die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarks 1889.

†) Adamkiewicz, die Kreislaufsstörungen in den Organen des Centralnervensystems 1899.

Digitized by Google

lienzellen, die Charcot*) seiner Zeit, jetzt noch Stadelmann**) und von Kahlden***) als das primäre annimmt, halte ich für einen rein sekundären Vorgang im Anschluss an die Entzündung des interstitiellen Gewebes und der Gefässe. Kleinste Emboli in den kleinen Gefässen der arter. spin. können meiner Meinung nach wohl die Ursache für die ersten Anfänge der Entzündung abgeben, besonders seitdem Lamy experimentell stets zuerst Verstopfung der kleinsten Arterien mit nachfolgender haemorrhagischer Erweichung in der grauen Substanz des Rückenmarks — durch Injektion von indifferentem Pulver in die Aorta abdominalis nachgewiesen hat. Häufig werden natürlich die Seitenstränge auch eine geringe Abnahme von Nervenfasern zeigen. Die aus den Vorderhörnern entspringenden Fasern sind natürlich entsprechend der Atrophie der Ganglienzellen ebenfalls atrophisch.

Nach dieser kurzen Abschweifung ins Gebiet der pathologischen Anatomie will ich nun sofort zur Schilderung des von mir beobachteten Falles übergehen.

Es handelt sich um ein bis jetzt immer gesund gewesenes unter den günstigsten Lebensbedingungen aufgewachsenes Mädchen M. G. im Alter von fast 15 Jahren. Pat. ist für ihr Alter gross, hat ein stark entwickeltes Skelet und Muskelsystem, ziemlich reichlichen Panniculus adiposus und ein Gewicht von ca. 65 Kilo. Pat. hat 4 gesunde Geschwister, ausser Keuchhusten keine Kinderkrankheiten überstanden; seit einem Jahre regelmässig 4wöch. menstruiert. Eltern leben und sind gesund.

Die Pat. erkrankte am 7. I. 97 unter Schüttelfrost und Fieber (38,9° C. P. 96.) leichten Hals- Glieder- und Kopfschmerzen und mässiger Bronchitis. Zwei jüngere Schwestern waren zwei Tage vorher an einer leichten genau dieselben Symptome wie die geschilderten zeigenden Influenza mit mässigen Fieber (38,2° und 38,4° C.), aber ohne Halsschmerzen erkrankt, sodass ich auch in diesem Falle Grippe diagnosticierte. Am nächsten Morgen war die Temperatur bei der Pat. auf 37,5° C. zurückgegangen, die Halsschmerzen geringer; es bestand nur noch diffuse Rötung des Rachens, Allgemeinbefinden und Gliederschmerzen waren entschieden besser. Pat. hatte zweimal eine Gabe von Antipyrin und Phenacetin kombiniert (0,5 : 0,25) am Tage der Erkrankung erhalten; mässiger Schweissausbruch und subjektiv besseres Befinden erfolgten darauf.

Um so überraschter war ich, am Morgen des 3. Krankheitstages eine komplete Lähmung beider Beine und sehr ausgeprägte motorische Schwäche in beiden Armen vorzufinden. Das subjektive Befinden war gut, Temperatur 37,2° C., Kopf- und Gliederschmerzen waren ganz geschwunden. Die genauere Untersuchung ergab nun folgendes:

Von der Lähmung sind wie erwähnt, alle 4 Extremitäten ergriffen, die Arme offenbar nur leicht. Bewegungen: Beugen, Strecken, Heben von der Unterlage sind mit den Armen unter einer gewissen Anstrengung noch ausführbar. In den Beinen dagegen ist die Lähmung eine voll-

*) Leçons sur les maladies du système nerveux 1874.

**) Beiträge zur Pathologie und pathol. Anat. der Rückenmarkserkrankungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. XXXIII. Bd.

***) Entzündung u. Atrophie der Vorderhörner des Rückenmarks. Ziegler's Beitr. z. pathol. Anat. XIII. Bd.

Digitized by Google

kommene. Die Pat. ist nicht imstande, Unterschenkel oder Fuss auch nur um Centimeterhöhe von der Unterlage zu erheben. Beim passiven Bewegen fällt jedes Bein schlaff auf die Unterlage zurück. Die Temperatur ist an den Unterschenkeln herabgesetzt, sie fühlen sich kühl an und im spätern Verlauf trat auch eine deutlich cyanotische Färbung auf. Die Prüfung der Reflexe zeigt an beiden Beinen vollständiges Erloschensein derselben, während mehrmalige auch späterhin fortgesetzte Prüfungen der Sensibilität sowohl an den Armen als auch an den besonders schwer betroffenen Unterextremitäten immer normale Verhältnisse ergaben. Geradezu auffallend ist die absolut genaue Lokalisation der Berührungen mit der Nadel. Am Morgen des ersten Tages der Lähmung bestand Harnverhaltung, die aber am Abend bereits von selbst wieder nachliess. Störungen von seiten der Blase und des Darmes sind im ganzen fernern Krankheitsverlauf nie beobachtet worden. Beim Aufrichten im Bett fiel es auf, dass Pat. ausserordentlich kräftig unterstützt werden musste, sodass sich mir die Vermutung aufdrängte, dass auch ein Teil der Lendenmuskulatur von der Lähmung mit ergriffen sei. Der spätere Verlauf gab dieser Vermutung Recht, da über eine ausgeprägte Schwäche in den Lendenmuskeln viele Monate von der Pat. geklagt wurde. Bereits nach drei Tagen konnte ich eine wesentliche Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit im Quadriceps und in fast allen vom Nerv. peron. prof. (Musc. tibialis antic. Ext. hall. long. Extens. digit. long.) und vom Nerv. tib. (Musc. tric. surae) versorgten Muskeln nachweisen. In den obern Extremitäten waren die Lähmungserscheinungen schon nach zwei Tagen vollständig verschwunden, sodass die Arme wieder frei bewegt werden konnten. Das Allgemeinbefinden der Pat. (Stimmung, Appetit etc.) war im übrigen ein gutes.

Das schnelle, akute Auftreten der Lähmung, der motorische Charakter derselben, das Fehlen der Sensibilitätsstörungen und das Freibleiben von Harn- und Stuhlbeschwerden, das Erlöschen der Reflexe wiesen offenbar auf einen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes sich abspielenden Prozess hin. Bei einer an eine Infektionskrankheit sich anschliessenden Polyneuritis wären erstens die Lähmungserscheinungen nicht in dieser Schnelligkeit aufgetreten und hätten sicher nicht schon am ersten Tage ihre grösste Ausdehnung erreicht, um schon am dritten Tage in den Oberextremitäten wieder zurückzugehen. Ausserdem sprach auch das Fehlen der Sensibilitätsstörungen entschieden gegen eine Polyneuritis, ebenso wie etwa gegen eine in Betracht kommende akute disseminierte Myelitis. Sicher wären, wenn es sich um eine Myelitis diffusa gehandelt hätte, infolge der Beteiligung der weissen Substanz, Blasenstörung, Spasmen, Ataxie und vor allem auch Störungen in der Gefühlssphäre eingetreten. Nach sorgfältiger Erwägung aller Symptome und unter Berücksichtigung des genau beobachteten Krankheitsverlaufes konnte es sich nur um einen — wenn auch in diesem Alter sehr seltenen — Fall von Poliomyelitis acuta handeln. Das fast vollständige Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit der Unterschenkelmuskeln und die, offenbar durch Fettpolster verdeckte, auch an einigen Muskelbündeln eingetretene Atrophie in den spätern Stadien der Krankheit bestätigte die Diagnose voll und ganz.

Ich stellte bei der Schwere der Lähmung und bei der in diesem Alter so selten erfolgenden gänzlichen Wiederherstellung die Prognose

Digitized by Google

quoad sanationem completam nicht gerade günstig. Dass ich mich hierin zu Gunsten der Pat. getäuscht habe, nehme ich jetzt gern mit in den Kauf. Auch Oppenheim betont, dass beim Befallensein beider Beine und der Rumpfmuskulatur die Wiederherstellung kaum zu erwarten sei, ebenso äussern sich die französischen Autoren. Man ist sogar soweit gegangen, bei völliger Wiederherstellung eines derartigen Pat. in diesem Alter, direkte Zweifel auszusprechen, dass die Diagnose Poliomyelitis überhaupt richtig gestellt worden sei.

Da ich bereits früher bei zeitig eingeleiteter elektrischer Behandlung der Kinderlähmung günstige Erfolge erzielt hatte, entschied ich mich auch hier am 5. Tage schon, da die Pat. absolut kein Fieber mehr hatte, mit vorsichtiger Galvanisation zu beginnen. Leyden, Goldscheider, Oppenheim u. a. widerraten direkt, die elektrische Behandlung früher als 2—3 Wochen nach Eintritt der Lähmung zu beginnen. Ich gebe zu, dass ich bei, wenn auch nur mässigem Fieber oder schlechtem Allgemeinbefinden, den Rückgang dieser Erscheinungen ebenfalls abgewartet hätte. Aber in diesem Falle, bei dem ausgezeichneten Allgemeinbefinden, hielt ich Abwarten einfach für einen Zeitverlust in der Behandlung, zumal sich auch Erb und neuerdings Stintzing*) energisch für möglichst frühzeitig eingeleitete elektrische Behandlung der Krankheit ausgesprochen haben. Hughes**) will sogar mittelst konstanter Ströme in absteigender Richtung unmittelbar nach der Lähmung eine bessere und schnellere Resorption der akut entzündlichen Produkte herbeigeführt haben. — Ermutigend war der Fall nun gewiss nicht. Denn die Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit deutete zweifellos auf beginnende Entartungsreaktion hin. Vier Tage ungefähr beobachtete ich auch noch eine Zunahme der Herabsetzung der Erregbarkeit so, dass z. B. in den beiden Musc. tib. antic. schliesslich nur eine träge Zuckung durch den galvanischen Strom ausgelöst wurde.

Nach Anregung einer kräftigen Diaphorese durch Packungen und Antipyrin, Phenacetin und Salipyrin begann ich, wie gesagt, am 5. Tage mit einer vorsichtigen stabilen Behandlung des Rückenmarks. Mit ungefähr 3—6 MA Stromstärke galvanisierte ich mit Elektrodenplatten von ca. 20—45 qcm das Rückenmark in der gesamten Ausdehnung. Nach ca. 8 Tagen begann ich die Massierrolle zu benutzen und neben einfachem Durchströmen der peripheren Nerven (Anode auf die Lendenwirbelsäule, Kathode mit der Massierrolle verbunden) gleichzeitig die Muskulatur der Beine zu streichen. Nach wiederum ca. 14 Tagen wechselte ich mit dem fardadischen und galvanischen Strome ab und hatte die Genugthuung zu beobachten, dass die galvanischen Muskelzuckungen schneller und kräftiger wurden. Einschalten will ich hier gleich, dass diese Behandlung anfangs täglich, nach ca. 8 Wochen 3 mal wöchentlich fast dreivierteljahr fortgesetzt worden ist, wie sich später zeigte, zum grössten Vorteile der Patientin.

Gleichzeitig wurde die Kranke vom Ende der zweiten Woche an täglich leicht massiert und mit ihr passive Bewegungen gemacht; ausserdem erhielt sie dreimal wöchentlich ein Soolbad 28° R. Die Lähmung besserte sich bei dieser Therapie, wenn auch nur langsam, doch so, dass

---

*) Penzoldt u. Stintzing, Handb. d. Therapie innerer Krankh. Bd. VII 704 ff.
**) C. H. Hughes. The alienist and neurologist Oct. 1888.

Digitized by Google

Pat. 8 Wochen nach der Erkrankung mit Unterstützung zweier Pflegerinnen die ersten Versuche zu stehen, unternehmen konnte. Die ersten vier Wochen hatte die Pat. im Bett, die folgende Zeit abwechselnd im Bett und Lehnstuhl zugebracht; ins Bad musste sie auch jetzt noch getragen werden. Um diese Zeit erhielt die Kranke mehrere Wochen lang kleine von Gowers mehrfach empfohlene Dosen von Strychnin mit $^1/_2$ mgr. pro die beginnend, anscheinend ohne wesentlichen Erfolg. Vom dritten Monat der Erkrankung an, nachdem schon kleine Gehversuche zur Zufriedenheit ausgefallen waren, besuchte die Pat. die folgende Zeit, mit mehrfacher Unterbrechung allerdings, ein medikomechanisches Institut, im Sommer ca. $2^1/_2$ Monate ein Nordseebad. Beide Faktoren schienen ausserordentlich günstigen Einfluss zu haben, besonders fiel mir nach dem Gebrauch von Seebädern (zuerst warme, dann kalte) die freiere Beweglichkeit der Beine auf. Pat. konnte jetzt mit Zuhilfenahme des Geländers die Treppe ganz leidlich wieder steigen. Mit Beginn der schlechtern Jahreszeit im Herbst wurden systematische Radfahrstudien in der Bahn begonnen (Pat. war Radfahrerin), ebenso musste Pat. Tanzunterricht nehmen. Bereits nach zwei Monaten konnte Pat., nachdem man ihr aufs Rad geholfen, ohne Unterstützung sicher in der Bahn fahren, während der Tanzunterricht, der sich anfangs allerdings ausserordentlich mühevoll gestaltete, allmählich etwas Grazie in die unbeholfenen und manchmal geradezu plumpen Bewegungen brachte. Nebenher wurde von einem auswärtigen Kollegen versucht, in der Hypnose entsprechende Suggestionen zu geben, aber wie mir der betr. Kollege schrieb, mit nur geringem Erfolge, da sich die Pat. fast refraktär der Hypnose gegenüber verhielt. Gerade $1^1/_4$ Jahr nach der Erkrankung sah ich die Pat. wieder, die sich inzwischen in England mehrere Monate unter konsequenter Fortsetzung aller hier begonnenen Massnahmen aufgehalten hatte, und es war mir wirklich eine Genugthuung, jetzt einen vollen Erfolg der eingeschlagenen, streng und so lange Zeit durchgeführten Therapie zu sehen. Die Beine waren vollständig wie früher wieder gebrauchsfähig, alle verlangten Bewegungen wurden von der Pat. mit Leichtigkeit ausgeführt. Einzig und allein beim Bücken und schnellen Laufen fiel dem Beobachter eine geringe Steifigkeit in der Lendenwirbelsäule auf. Atrophie einzelner kleiner Muskelbündel war wohl nur infolge des ausserordentlich starken Fettpolsters nicht nachzuweisen; Reflexe wurden wieder gut ausgelöst. Die elektrische Erregbarkeit in Muskel und Nerv war, soweit ich bei der leider nur kurzen Untersuchung prüfen konnte, eine normale. Das Allgemeinbefinden war ein vorzügliches und die Pat. glücklich, dass sie nicht mehr auf ihre Umgebung zu jeder Hilfeleistung angewiesen war.

Es sollte mich freuen, wenn durch die Veröffentlichung der vorstehenden Krankengeschichte mancher Kollege Veranlassung nehmen würde, bei der Therapie der Poliomyelitis nicht zu frühzeitig die Flinte ins Korn zu werfen, sondern dem Beispiele Erb's zu folgen und Monate, ja, wenn es sein muss, ein Jahr und noch länger konsequent die Behandlung fortzusetzen. Der Erfolg lohnt's doch einmal!

Digitized by Google

Der Wert des Naftalan in der Therapie.*)

Von Dr. A. Klug in Freiheit-Johannisbad.

Die Hochflut medikamentöser Präparate in den letzten Jahren hat neben zahlreichen minderwertigen oder wertlosen Heilmitteln in dem Naftalan endlich wieder ein Goldkörnchen angeschwemmt, das gradezu epochemachend in seiner eigenartigen Heilwirkung ist und in dem Heilschatze des praktischen Arztes binnen kurzem sich einen der ersten Plätze erobern wird. Die Anwendung desselben meinerseits in zahlreichen Fällen, die mich vollständig von dem Werte desselben überzeugten, veranlasste mich gleichzeitig zur Abfassung dieser Zeilen, da ich manche der in der diesbezüglichen Litteratur niedergelegten Erfahrungen und Ansichten nicht zu teilen vermag und anderseits das Anwendungsfeld in mancher Beziehung enger, in mancher aber weiter gezogen wissen möchte. Aus dieser Literatur will ich zunächst folgendes herausheben:

Naftalan ist nach englischen Fachblättern eine Lösung von 2,5 bis 4 Prozent wasserfreier Seife in gereinigtem Petroleumäther (oder, wie es anderwärts heisst, in einer durch fraktionierte Destillation gereinigten, eigenartigen Rohnaphta) von ziemlich konsistenter Salbenform. Es besitzt nach Aufrecht einen sehr geringen Wassergehalt (0,096 Prozent), nimmt bis zu 35 Prozent Wasser auf, emulgirt sich auch sehr leicht mit Wasser und besteht in seinem Aschegehalt hauptsächlich aus Natron, Kali, Calcium- und Eisenoxyd.

Dr. Rosenbaum, Oberarzt am Michael-Krankenhause in Tiflis, der über das Naftalan die ersten Mitteilungen machte, schreibt demselben „besonders starke antiseptische" Wirkung zu und findet grade in dieser Eigenschaft „die Erklärung zu den guten Erfolgen bei schmerzhaften, entzündlichen Prozessen und vielen Hautkrankheiten". Bezüglich der Reizwirkung, die dem Naftalan innewohnt, ist er der Ansicht, dass „grade dadurch ein verstärkter Zufluss des Blutes und damit gleichzeitig eine Resorption verschiedener Krankheitsprodukte erzielt wird, dass also das Naftalan auf die Blutzirkulation und gleichzeitig auf die Ernährung der erkrankten Gewebe einwirke". Bezüglich der „effektiv antiparasitären Wirkung" des Naftalan stimmen auch andere überein, wie Pezzoli, Malyschew und zum Teile auch Isaak, denn dieser schreibt über die Heilfaktoren desselben: „Einerseits dürften die demselben innewohnenden, starken antibakteriellen Eigenschaften in Verbindung mit dem leichten Resorptionsvermögen Dermatosen auf infektiöser Basis, wie das Erysipel, günstig beeinflussen, anderseits müssen jedoch noch andere Momente zur Erklärung der günstigen Wirkung (beim Ekzem) in Betracht gezogen werden, wenn wir eben nicht annehmen wollen — wofür bisher auch der positive Nachweis fehlt —, dass das Ekzem auf parasitärer Grundlage beruht. Wahrscheinlich dürften durch Naftalan neue Zirkulationsbedingungen geschaffen werden, die ihrerseits das schon pathologisch veränderte Gewebe in einen normalen oder wenigstens dem normalen nahekommenden Zustand zurückzubringen imstande sind."

*) Auszug aus einem Artikel in der „Wiener mediz. Presse", Nr. 18 u. 19, 1899

Digitized by Google

Entgegen den hohen Ansichten über die antibakterielle Macht des Naftalan gesteht Aufrecht demselben baktericide Eigenschaften nur in sehr geringem Masse zu.

Nach Rohleder ist es ein „reduzierendes Mittel, dessen reduzierende Kraft etwa der des Ichthyols, Schwefel etc. gleichsteht".

Was die Krankheitsformen anbelangt, in denen das Naftalan zur Verwendung gelangte, so waren dies besonders Erkrankungen und Entzündungen der Haut. Hierbei wurden die besten Erfolge beim Ekzem, und zwar besonders dem chronischen, erzielt, während beim akuten, besonders bei starker Entzündung, einigemal das Mittel nicht vertragen wurde. Bei Erysipel, Prurigo, Psoriasis, Lichen ruber planus, Herpes tonsurans, Sycosis parasitaria u. a. liegen einander widersprechende Daten vor, dagegen übereinstimmend günstige bei Verbrennungen und besonders bei eitrigen, phlegmonösen und gangränösen Entzündungen. Ferner wird dem Naftalan eine „schmerzstillende, ableitende, reduzierende, heilende" Wirkung nachgerühmt bei Entzündungen der verschiedensten Drüsen und Organe, sowie speziell bei rheumatischen Erkrankungen der Muskeln, Gelenke und Nerven, sowie bei den schmerzhaften Anschwellungen und Affektionen und Traumen.

Die Anwendung des Naftalan in so differenten Krankheitsformen mit sicheren und unsicheren Erfolgen zeigt die noch recht unklare Erkenntnis seiner Wirkungsweise; denn weder die Auffassung als schlechtweg antibakterielles, noch als reduzierendes oder resorbierendes Mittel bietet für alle Fälle eine befriedigende oder überhaupt mögliche Erklärung. Meine Beobachtungen an dem verschiedenartigsten Material haben mich zu folgender Anschauung geführt:

Naftalan ist ein hervorragendes Heilmittel, dessen Heilfähigkeit von drei Gesichtspunkten aus betrachtet und abgeschätzt werden muss, — ob nämlich erstens dasselbe direkt auf das veränderte Gewebe einwirken und dabei in seinen sämtlichen Fähigkeiten zum vollen Ausdruck gelangen kann — zweitens, ob dasselbe zwar ebenfalls direkt einwirken kann, aber durch irgend welche Hindernisse an der vollständigen Entfaltung jener Fähigkeiten in ihrer Gesamtheit oder in gewissen Einzelheiten mehr oder weniger gehindert wird — drittens, ob eine direkte Einwirkung überhaupt ausgeschlossen ist, sodass ein günstiger Erfolg nur durch indirekte Hervorrufung vorteilhafter Heilbedingungen möglich ist.

Nach diesen Gesichtspunkten will ich auch die Fälle, bei denen das Naftalan Erfolge zeigt, einteilen und besprechen.

I.

In die erste Gruppe, wo also das Naftalan eine möglichst vollständige Heilwirkung entfaltet, gehören die verschiedenen Entzündungen und krankhaften Veränderungen der Haut oder deren Nachbarschaft, wenn nämlich die Einwirkung auf das pathologisch veränderte Gebiet nicht durch die intakte oder wenig lädierte Hornschicht aufgehoben oder vermindert wird. Volle Heilwirkung wird unter dieser Voraussetzung erzielt beim akuten und chronischen Ekzem, bei Verbrennungen, sowie bei eitrigen, eitrig-fibrinösen (phlegmonösen) und gangränösen Entzündungen der Haut oder der unter derselben gelegenen Gewebe, im letzteren Falle aber nur dann, wenn durch ausgiebige Inzision der Widerstand der Haut überwunden und dadurch ein genügendes Ein-

Digitized by Google

wirkungsfeld geschaffen wurde. Bemerkt muss noch werden, dass auch eine entstehende Blasendecke, wie bei Combustiones des 3. Grades oder bei Impetipo contagiosa, ein nicht unerhebliches Hindernis für die volle Bethätigung der Heilkraft des Naftalan abgibt, weshalb der Naftalanbehandlung stets die Entfernung derselben vorangehen muss.

In allen Fällen dieser Gruppe liegt meines Erachtens die Erklärung der vorzüglichen Heilkraft des Naftalan in der Fähigkeit desselben, den verschiedenen Gewebselementen energisch Wasser zu entziehen, die abgestorbenen oder stark geschädigten Zellen des Entzündungsbezirkes aufzulösen, die weniger erkrankten Zellen aber zu regenerieren und sie sowie sämtliche leistungsfähige Zellen durch die ihm innewohnenden reizenden Eigenschaften zur erhöhten Thätigkeit im Sinne der Restitutio ad integrum anzuregen, ferner in der Fähigkeit, nicht bloss die Gefässe zu verengen, sondern auch die Gefässwand und die Blutzellen so zu verändern, dass weder eine starke Emigration von Leukocyten, noch auch eine bedeutendere Resorption von Entzündungsprodukten und toxischen Substanzen, selbst wenn sie sich im gelösten Zustande befinden, vor sich gehen kann.

Die Fähigkeit des Naftalan, den Gewebselementen Wasser zu entziehen, ist sowohl makroskopisch an der eingetretenen Schrumpfung, als auch mikroskopisch zu konstatieren, indem die gequollenen Epithelzellen und Blutkörperchen bereits nach der ersten Naftalanwirkung eine entschiedene Verringerung ihrer Dimensionen erfahren.

Die Wasserentziehung hat nun erstens zur Folge die stets präzis und ausgiebig sich einstellende Verminderung oder Aufhebung des Schmerzes. Dass die Wasserabgabe der Gewebe und speziell hier der Nerven-Endapparate in der That Anästhesie zu erzeugen vermag, ist ja auch für die Infiltrations-Anästhesie von Heinrich Braun nachgewiesen worden. In unserem Falle mögen ausserdem wohl auch noch spezifisch chemische Eigenschaften des im Naftalan enthaltenen Mineralfettes anästhesierend einwirken, da ja auch z. B. das Petroleum als schmerzstillendes Hausmittel in Form von Umschlägen weit bekannt ist. Ferner dürfte bezüglich des Schmerzes sicher auch der infolge der Wasserentziehung und Schrumpfung verminderte Druck auf die Nervenzellen von seiten ihrer nun auf ein geringeres Volumen gesetzten Nachbarschaft bis zu einem gewissen Grade noch in Betracht zu ziehen sein.

Zweitens wirkt die Wasserentziehung ausgezeichnet antibakteriell. Denn es ist ja bekannt, dass die Spaltpilze zu ihrem Leben unumgänglich Wasser benötigen und schon dann in ihrer Weiterentwickelung gestört werden, wenn das ihnen sonst zusagende Nährmaterial in zu geringer Wassermenge geboten wird. Eiterkokken und besonders Fäulniserreger stellen nach der Naftalaneinwirkung sofort ihre Zerstörungs- und Zersetzungsthätigkeit infolge der gestörten Lebensbedingungen ein und verschwinden rasch vollständig aus dem Entzündungsgebiete, wovon man sich bei phlegmonösen und gangränösen Entzündungen leicht überzeugen kann. Dies kommt in diesen Fällen z. B. auch durch das auffallend schnelle Verschwinden des phlegmonösen und gangränösen Geruches zum Ausdruck. Hierin findet also die „stark desodorisierende Wirkung" des Naftalan ihre einfache Erklärung. Bakterizid ist demnach Naftalan nur indirekt, da es nicht wie unsere gewöhnlichen Antiseptika die pathogenen Gebilde chemisch vergiftet

Digitized by Google

und zerstört — denn das Mineralfett des Naftalan ist in dieser Hinsicht als ziemlich indifferent bekannt —, sondern indem es den Nährboden für dieselben so zu deren ungunsten verändert, dass dieselben in ihrer Weiterentwickelung gestört, ja sogar dem Untergange geweiht sind. Während grade unsere verlässlichsten Antiseptika auch die kranken und gesunden Gewebszellen stark beschädigen — so dass auf dem XII. medizinischen Kongress in Moskau Braatz sich bewogen fühlte, für die aseptische Behandlung selbst der infizierten Wunden einzutreten —, so haben wir nun in dem Naftalan ein Heilmittel, welches den eminenten Vorzug besitzt, nicht bloss den schädlichen Einfluss der Bakterien lahmzulegen, ohne das Gewebe zu verletzen, sondern welches sogar auf das letztere durch seine übrigen Eigenschaften auf das günstigste im Sinne der Heilung einzuwirken vermag.

Drittens verursacht die Wasserentziehung durch die eintretende Schrumpfung eine Verengerung der vorhin infolge der Entzündung erweiterten Gefässe. Die Verengerung wird noch erhöht durch das im Naftalan enthaltene Alkali, denn, wie schon Gaskell bewies, tritt nach Einwirkung von verdünnten Alkalien auf die Blutgefässe stets Verengerung derselben ein. (Schluss folgt).

Referate.

Ueber das Koplik'sche Frühsymptom bei Masern. Von Knöspel. (Prager med. Wochenschrift, No. 41 u. 42, 1898.)

In das Ganghofer'sche Kinderspital gelangten 41 Morbillenfälle zur Aufnahme, bei welchen K. die Koplik'schen Flecken sah und zwar bei 17 von diesen, bei welchen das Hautexanthem noch nicht zum Ausbruche gekommen war, trat dasselbe in einem Falle nach 5, in 6 Fällen nach 4, in 3 nach 3, in 3 nach 2 Tagen und bei 4 Fällen am nächsten Tage auf; die übrigen Fälle wurden bereits mit Hautexanthem aufgenommen und zeigten ebenfalls die Koplik'schen Flecken. Dieselben befanden sich an beiden Wangen, stets gegenüber den beiden Backenzähnen, oder häufig rings um den Ausführungsgang des Dustus Stenonianus gelagert; ferner fast regelmässig auf der Schleimhaut der Lippen, und des Oefteren auf der Gingiva. Manchmal beobachtete K. auf der Gingiva eine dünne, florartige Auflagerung von bläulich weisser Farbe, die gleich den Koplik'schen Flecken sich als eine mikroskopische Anhäufung glatter Epithelien darstellt, die stellenweise eine grosse Menge Fettküchelchen enthalten. Stets schwanden die Koplik'schen Flecken am 2. oder spätestens am 3. Tage nach Auftreten des Exanthems. Durch einige Krankengeschichten wird die Wichtigkeit dieses Frühsymptoms der Masern, sowohl was die Prophylaxe als auch die Differentialdiagnose betrifft, illustriert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber gehäuftes Auftreten und über die Aetiologie der Poliomyelitis anterior acuta infantum. Von Auerbach. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, Bd. L., Heft 1 u. 2.)

A. beobachtete in der Frankfurter Poliklinik im Verlauf von 7 Monaten 15 Fälle, 6 Mädchen und 9 Knaben im Alter von 8 Monaten

Digitized by Google

bis zu $2^1/_4$ Jahr. Von vorausgegangenen Krankheiten werden einige Male Verdauungsstörungen, Rachitis und Bronchialkatarrh angegeben. Der Beginn war stets ein plötzlicher, fieberhafter; dreimal sollen kurze Krampfanfälle dabei aufgetreten sein. Die Symptomatologie bot in 11 Fällen nichts von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde Abweichendes: es bestand eine schlaffe Lähmung und mehr oder weniger eine hochgradige Atrophie zweimal beider Beine, dreimal des rechten Beines, dreimal des linken Beines, zweimal des linken und einmal des rechten Armes. Es fehlten stets die entsprechenden Sehnenreflexe. In den Fällen, in welchen man die elektrische Prüfung ausführen konnte, wurde stets Erloschensein der faradischen Erregbarkeit in den gelähmten Muskeln und meistens auch die für die Entartungsreaktion charakteristische träge Zuckung bei direkter galvanischer Muskelreizung festgestellt. Die 4 übrigen Fälle werden genauer beschrieben, der letzte davon bietet insofern diagnostisches Interesse dar, als das sehr seltene Symptom einer Facialisparalyse dabei hervortrat.

Ueber gehäuftes Auftreten des Poliomyelitis liegen von deutschen Autoren nur sehr spärliche Mitteilungen vor. Einen wichtigen Beitrag zur Lehre von der Aetiologie des akuten Poliomyelitis lieferte Schultze. Derselbe wies in der Cerebrospinalflüssigkeit, die einem kranken Knaben mit Poliomyelitis durch Lumbalpunktion entnommen war, viele in kurzen Ketten und in Tetraden angeordnete, gonokokkenähnliche Diplokokken nach, welche vollständig das Aussehen der Weichselbaum-Jäger'schen Meningokokken zeigten. Diese werden jetzt von der grösseren Anzahl der Autoren für den hauptsächlichsten Erreger der Cerebrospinalmeningitis gehalten. Auch in dem Schulze'schen Falle bestanden im Beginne Erscheinungen, wie man sie bei akuter Meningitis findet.

Der häufigere oder regelmässige Nachweis, des Meningokokkus bei der Poliomyelitis würde nicht nur den plötzlichen Beginn mit Allgemeinerscheinungen nach Art der Infektionskrankheiten, sondern auch ein epidemieartiges Auftreten derselben erklären. Aber noch eine weitere Reihe von selteneren Symptomen bei der erwähnten Erkrankung würden dem Verständnis erheblich näher gerückt, wenn das Schultze'sche Untersuchungsresultat sich allgemein bestätigen würde, so das Mitbetroffensein der motorischen Hirnnervenkerne und die Kombination mit Polyneuritiden. Es würde dann nicht mehr angehen, eine so s harfe Trennung der 3 Krankheitsbilder Meningitis, Poliomyelitis und Encephalitis durchzuführen, wie man dies bisher beliebte. Nach A.'s Annahme kann der Unterschied der 3 Symptomencomplexe: Cerebrospinalm ningitis, sporadisch oder epidemisch, Poliomyelitis und Encephalitis kein pathogenetischer sein, sondern nur ein gradueller und lokaler.

Es ist zu wünschen, dass in möglichst vielen zur obigen Krankheitsgruppe gehörigen Fällen, und zwar in ihrem Beginn zur Förderung der angedeuteten Fragen von der Lumbalpunktion Gebrauch gemacht und die gewonnene Cerebrospinalflüssigkeit bakteriologisch genau untersucht wird. Der Eingriff erweist sich auch als therapeutisch wirksam, da man danach häufig eine Druckherabsetzung innerhalb des Cerebrospinalkanals beobachtet.

Schnell-Egeln.

Digitized by Google

Die Gewichtszunahme bei künstlich ernährten Kindern. Von Henry Koplik. (Jahrb. f. Kinderheilk. I. Band.)

Theoretische Darlegungen über die Anwendbarkeit von Methoden der Kinderernährung, wie sie allzu vielfach geboten werden, bringen uns nicht weiter. Lediglich die Feststellung von Resultaten in der Praxis kann Wert beanspruchen. K. hat in seiner Poliklinik bei einer grösseren Zahl von Kindern unter 9 Monaten durch Wägungen den Wert zweier Ernährungsmethoden geprüft.

Es wurden beobachtet:

1. Kinder, die gleich von der Geburt an mit modifizierter Kuhmilch ernährt wurden,

2. Kinder, die neben der Brustnahrung Kuhmilch erhielten.

Die Milch wurde bei 90—92° sterilisiert und dann rasch abgekühlt. Hierauf wurde sie nach Heubner-Hofmann mit gleichen Teilen einer 6% Milchzuckerlösung gemischt. Sämtliche Kinder erhielten dieselbe Mixtur je nach dem Alter in verschiedener Quantität. Täglich wurden 7 bis 8 Flaschen gegeben. Hervorzuheben ist, dass die Mischung nur 1,85% Fett enthält. Eine kleine Zahl älterer Kinder, die hierbei nicht gedieh, erhielt von 16% Fett enthaltendem Rahm soviel zugesetzt, dass der Fettgehalt 4% betrug.

K.'s Wägungsresultate waren recht erfreulich. Mit einer von Ahlfeld durch Wägung von Brustkindern genommenen Tabelle verglichen, bleiben seine Zahlen nur um ein Geringes zurück. Dagegen zeigte sich, dass die Zunahme der Flaschenkinder weniger gleichmässig war, vielmehr grössere Sprünge zeigte. Eine weitere Einschränkung erfährt das günstige Resultat dadurch, dass nur solche Kinder in der bezeichneten Weise zunahmen, bei denen unter peinlicher Sorgfalt alles vermieden wurde, was das Kind krank machen oder sonst das Gedeihen hindern konnte.

ad 2. Wurde neben der Flasche 2—4 mal täglich die Brust gegeben, so gediehen die Kinder regelmässig besser als mit der Flasche allein und erkrankten auch seltener an Verdauungsstörungen. Die Gewichtszahlen waren bei solchen Kindern bedeutend höher. Besonders auffallend waren diese Gewichtsdifferenzen in der 8. bis 12. und 13. bis 16. Woche. Sehr instruktiv nach dieser Richtung hin ist ein Beispiel von Zwillingen, deren einer bei einem Anfangsgewicht von 2511 g mit Brust- und Flaschennahrung im 6. Monat 4712 g wog, während seine Schwester ohne Brustnahrung mit einem Anfangsgewicht von 2635 g atrophisch wurde und im 6. Monat nur 3348 g wog.

Von denjenigen Kindern, die zur Milchmischung noch Rahm erhielten, gedieh ein Teil gut, andere liessen trotz aller Pflege jedes Gedeihen vermissen und atrophierten langsam; noch andere beantworteten jeden Versuch, ihnen die Rahmmilch beizubringen, mit Dyspepsieen, sodass diese Ernährung aufgegeben werden musste.

Mit Recht bemerkt K., dass jede noch so bewährte künstliche Ernährungsmethode in einer Reihe von Fällen versagt und man sich deshalb in der Praxis nur durch strenges Individualisieren vor Enttäuschungen schützen kann.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Digitized by Google

Zur Hygiene der ersten Lebenstage. Von Hans Fuchs. (Münch. med. Wochenschrift, No. 21, 1899.)

Verf. widerlegt die Auffassung von W. Gessner, welcher die Aetiologie des Icterus neonatorum auf die rauhen Hände der Hebammen zurückführt, indem er von der Annahme ausgeht, dass bei der Handreinigung post partum durch unzartes Frottieren der Haut seitens der Hebammen meist multiple Haemorrhagien in Cutis und Subcutis entstünden. Diese anatomisch noch nicht bewiesenen Haemorrhagien hält G. für den Ausgangspunkt des Icterus wie des Harnsäureinfarctes der Neugeborenen und sogar für die Quelle fast sämtlicher Erkrankungen der ersten Lebenstage. Ueber den letzteren Punkt glaubt Verf. zur Tagesordnung übergehen zu können. Die Annahme G., dass Bilirubin sich aus den extravasirten roten Blutkörperchen in loco bilde und ebenda eine echte Uterusfärbung der Gewebe veranlasse, scheint Verf. wenig begründet, zumal es nicht feststeht, ob selbst im kreisenden, also oxydationsfähigen Blute die Entstehung des Bilirubins aus freigewordenem Blutfarbstoff möglich sei, ob nicht vielmehr die Leber als ausschliessliche Bildungsstätte desselben angenommen werden muss. Hofmeier sieht den Zerfall roter Blutkörper als Ursache des Icterus an, Quincke das relativ lange Offenbleiben des Ductus venosus Arantii, durch welchen Meconiumgalle mit Umgehung der Leber direkt in die Vena cava gelangt. Um die theoretischen, nicht experimentell gestützten Beweisgründe G.'s durch ein einfaches Experiment zu widerlegen, wurde bei einer Anzahl Neugeborener, die sämtlich am normalen Ende der Schwangerschaft geboren waren, sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa als auch das tägliche Bad unterlassen. Es zeigte sich nun, dass bei 11 von den 15 Kindern (73,3 Prozent) Icterus auftrat und nur bei 4 ausblieb. Bemerkenswert ist, dass auch bei den leichteren Graden stets eine, wenn auch schwache Gelbfärbung der Conjunctivae sich fand. Der chemische Nachweis des Bilirubins im Harn gelang nur in einem Falle mit der Rosin'schen Jodtincturprobe, in 5 dagegen liess sich das für Icterus charakteristische gelbe Pigment nachweisen, das meist an den krystallinischen Harnsäurenniederschlägen, gelegentlich auch an den Harnsäurecylindern in Form von kleinen Plättchen und Schollen haftete. Ferner liess sich 8 mal der Nachweis von Harnsäuresediment im Urin bringen, wodurch die Behauptung des Zuhammenhangs von harnsaurem Infarct und Hauthaemorrhagien widerlegt wird.

Bezüglich des Körpergewichts fand sich eine durchschnittliche Gewichtsabnahme von höchstens 225 g, welche physiologisch ist und weder mit der Entfernung der den kindlichen Körper deckenden Fettschicht noch mit vermehrten Wärmeabgabe zu erklären sein dürfte, die ja auf das geringste Mass beschränkt war.

Zur Kontrolle stellte Verf. noch eine zweite Versuchsreihe derart an, dass von 34 reifen Kindern abwechselnd eins nach der Geburt in der üblichen Weise abgerieben und gebadet wurde, das folgende ohne beides blieb. Von den 17 nicht abgeriebenen und nicht gebadeten Kindern werden 9 = 53 Prozent, von den anderen 11 = 64 Prozent ikterisch. Für die Neigung zur Gelbsucht schien also die Behandlung der Haut ohne Einfluss zu sein. Die maximale Gewichtsabnahme betrug bei den Gebadeten durchschnittlich 210,5 g, bei den anderen 281 g. In beiden Versuchen zeigte sich eine verspätete Abstossung des Nabel-

Digitized by Google

schnurrestes bei Ungebadeten. Ein Unterschied in der Mumifizierung des Nabelstrangrestes lies sich nicht feststellen, nur bei 2 der Ungebadeten fand sich schmierig-gelblicher Belag des Nabelgrundes mit Temperatursteigerungen über 39° (in recto), bei 7 über 38,5°, bei den Gebadeten letztere nur in 2 Fällen. Von den 7 ungebadeten, fiebernden Kindern lagen 5 zu gleicher Zeit in derselben Baracke, in der 3 gebadete Kinder fieberlos waren. — Verf. spricht sich demgemäss gleich den Beobachtern aus der Hallenser Frauenklinik gegen die Anschauung aus, das Bad als Infectionsquelle auszuschalten. Er legt ferner der verspäteten Abstossung des Nabelschnurrestes bei Ungebadeten grössere Bedeutung bei und empfiehlt das tägliche Bad, welches die Wasserverarmung, der Gewebe mildert, Schlaf und Nahrungsaufnahme günstig beeinflusst und bei Benutzung sterilisierter Nabelbinden und Bettwäsche nicht schadet. Den Icterus neonatorum und die übrigen Symptome eines darniederliegenden Stoffwechsels fasst Verf. als physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen auf, die die Funktion sämtlicher Organe in den ersten Lebenstagen erleidet. Willy Levy-Berlin.

Myositis ossificans progressiva. Von Gemmel. (Wiener klinische Rundschau, No. 35, 1899.)

Von dieser Krankheit hat G. bisher 35 Fälle beobachtet; das männliche Geschlecht wird von ihr häufiger ergriffen, als das weibliche ($2^1/_2 : 1$). Die Affection gehört dem jugendlichen Alter an, sie wurde sogar bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde beobachtet. Als Ursachen wurden das Trauma, ungünstige Lebensverhältnisse und Lues angenommen. Die auf angeborener Anlage beruhende Myositis zeichnet sich durch die meist vorkommende Mikrodactylie an beiden grossen Zehen, Caput obstipum, Kieferklemme, durch die schubweise unter Schmerzen und zeitweilig unter Fieber auftretende Bildung von Tumoren und Neuerkrankungen der Muskeln und durch deren Ossification aus, welche zwar vom Bindegewebe ausgeht, aber unabhängig vom Skelett sich ausbreitet und zur Verkrümmung der Wirbelsäule, Ankylose der Gelenke und dauernden Contracturen führt und selbst Ossfications im Unterhautzellgewebe hervorruft. Die Ossifikationen treten meist bilateral symmetrisch auf. Die in späterem Alter auftretenden Fälle rechnet G. nicht zur typischen Myositis ossificans progressiva.

Dr. Goldbaum-Wien.

Zur Pathologie der Thymusdrüse. Fall von Exstirpation des Thymus. Von Purrucker. (Münch. med. Wochenschrift; No. 28, 1899.)

P. stellte in der medizinischen Gesellschaft zu Magdeburg einen 2jährigen Knaben vor, bei dem ein Krankheitsbild vorgelegen hatte, das als typischer inspiratorischer Stridor der Säuglinge bezeichnet wird; in der Ruhe atmete das Kind langsam, laut hörbar, war nicht cyanotisch, doch waren immer deutliche Einziehungen zu bemerken; das Geräusch war im Liegen stärker als im Sitzen; bei psychischer Erregung trat sofort unter erheblicher Verstärkung des Atemgeräusches starke Luftnot und Cyanose ein. Pharynx war frei. Stimme war völlig tonlos. — Dieses Krankheitsbild muss bestimmt auseinandergehalten werden mit dem im Gefolge der Rachitis auftretenden Laryngospasmus, mit dem es aber

Digitized by Google

wohl häufig fälschlich zusammengeworfen wird. Abweichend und auffallend war nur die von Geburt an bestehende totale Heiserkeit.

P. nahm eine Operation vor, bei der er die vergrösserte Thymusdrüse völlig entfernte. Irgendwelche nachteilige Folgen treten nicht auf: die Wunde heilte glatt, die Atemnot und das Atemgeräusch verschwanden, das Kind entwickelte sich vortrefflich. Die Heiserkeit blieb völlig unbeeinflusst.

Es ist dies der 3. in der Literatur beschriebene Fall von operativem Vorgehen bei einer Thymusdrüsenerkrankung.

Schnell, Egeln.

Ueber Oxyuris vermicularis bei Kindern. Von G. F. Still. (Brit. med. Journal. Wiener medicinische Wochenschrift, Nr. 35, 1899.)

Das Vorkommen von Oxyuris vermicularis im kindlichen Darme ist ein sehr häufiges; unter 200 Sektionen von Kindern bis zum Alter von 12 Jahren hat St. denselben in 38 Eällen gefunden. Ferner hat er beobachtet, dass der Lieblingsaufenthalt der Fadenwürmer nicht wie allgemein angenommen wird, das Rectum ist, sondern der Wurmfortsatz; in nicht weniger als 25 Fällen unter 38, also in 2 Drittel aller Fälle, waren sie im processus vermiformis zu finden; ja in 6 Fällen waren sie überhaupt nur im Appendix, manchmal sogar an dessen äusserster Spitze zugegen. St. glaubt auf Grund seiner Untersuchungen auch zu der Behauptung berechtigt zu sein, dass die Eier der Oxyuren nicht unbedingt verschluckt werden, also nicht in den Magen gelangen müssen, um ausgebrütet zu werden, sondern dass der Appendix vermiformis in manchen Fällen als Brutplatz für die Fadenwürmer dient; dadurch wird auch die grosse Hartnäckigkeit mancher Fälle begreiflich, wo es durch kein Mittel gelingen will, die Kinder von den Würmern zu befreien. Die Anwesenheit der Oxyuren im Appendix kann eine katarrhalische Affection desselben verursachen, wie dies Sektionen ergeben haben, bei welchen eine Verdickung der Wandungen gefunden wurde. Dieser Katarrh mit consecutiver Schwellung ist in manchen Fällen mit Schmerzen in der rechten Fossa iliaca verbunden, welche eine gewöhnliche Appendicitis vortäuschen können. Da die Annahme, dass die Fadenwürmer hauptsächlich das Rectum bewohnen, eine irrige ist, sondern dieselben, wie erwähnt, in zwei Drittel der Fälle im Appendix vermiformis, in einigen Fällen auch im Dünndarm gefunden wurden, ergiebt sich daraus für die Therapie die Weisung, dass erstens die Irrigationen (mit Salzwasser oder einem Quassia-Infus) sehr ausgiebig sein müssen, z. B. für Kinder von 6 bis 12 Jahren 16—20 Unzen, dass ferner auch eine interne Therapie (am besten Santonin!) damit zu verbinden ist. Behufs Prophylaxe sind die mit Oxyuren behafteten Kindern zu verhindern, am Anus zu kratzen und die Finger in den Mund zu stecken; auch sind die Nägel möglichst kurz zu schneiden. Dr. Goldbaum (Wien).

Ueber das Vorkommen der Lactase im Dünndarm und in den Säuglingsfaeces. Von Orbán. (Prager medizinische Wochenschrift, No. 36).

Jedes als Nahrungsbestandteil aufgenommene Polysaccharid muss angenommener Weise in Monosaccharide gespalten werden, bevor es dem Organismus als Kraftquelle dienen kann. Diese Spaltung bewirken

Digitized by Google

die in den Verdauungssäften enthaltenen spezifischen Enzyme; der Milchzucker zerfällt nach dieser Vorstelluug durch die Lactase in Dextrose und Galactose. Nach den Experimenten des Verf.s wird die Lactase in der schwer affizierten Dünndarmschleimhaut, von der sie sonst produziert wird, nicht gebildet. Die Fähigkeit der Säuglingsstühle, Milchzucker zu spalten, ist von der durch die Dünndarmschleimhaut abgesonderten und mit dem Darminhalte weiterbeförderten Lactase abhängig.

Dr. Goldbaum-Wien.

Behandlung des Favus. Von Petersen. (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, Nr. 26, 1898.)

Um die Epilation entbehrlich zu machen, empfiehlt P. eine neue Behandlungsmethode des Favus. Zunächst wird die behaarte Kopfhaut mit 1% Carbolvaseline eingefettet und auf den Kopf eine Badehaube aus Wachsstoff für 24 Stunden appliciert. Nach Ablauf dieser Zeit werden die einzelnen Krusten mit Leichtigkeit entfernt, worauf man den Kopf mit Seife wäscht. Diese Procedur wird in derselben Weise so lange fortgesetzt, bis die Kopfhaut vollständig gereinigt ist, dann pinselt man die betreffende Partie mit Jodtinktur ein, die man nicht nur auf die Haut, sondern auch auf die Haare appliciert. Eine Zeit lang wird noch die Entfettung mit Carbolvaselin und nachfolgenden Waschungen 2 mal wöchentlich fortgesetzt, dann aber ganz weggelassen und nur die Jodpinselungen werden vorgenommen. Wenn unter dem Einflusse der Jodpinselung eine Reizung der Haut eintritt, so muss man die Einpinselung für 1—2 Tage aussetzen. Nach einigen Wochen genügen 2 Pinselungen von Jodtinktur wöchentlich. Diese Behandlung muss 5—7 Monate fortgesetzt werden, um eine definitive Heilung zu erzielen.

Dr. Goldbaum (Wien).

Weiteres über Heroin. Von Floret. (Therap. Monatsh., Heft 6, 1899.)

F. hat seine früheren günstigen Ansichten über den therapeutischen Wert des Heroins durch seine neuerdings gesammelten Erfahrungen nur bestätigt gefunden. Bei den verschiedenartigsten acuten Katarrhen der oberen und unteren Luftwege beseitigt es den Husten und die übrigen im Krankheitsgefolge einhergehenden Beschwerden. In mehreren Fällen von Bronchitis sicca mit stockender Expectoration machten die Kranken die Angabe, dass nach der Einnahme des Heroins die Entleerung des Auswurfs leichter von Statten gegangen sei.

Bei den mehr chronischen Formen des Bronchitis, häufig verbunden mit Emphysem, war die Wirkung des Medicaments zwar nicht ganz so zuverlässig, wie bei den acuten Formen, jedoch mindestens gleichwertig dem Morphium und Codein in entsprechender Dosis (0,005 — 0,01, 3 bis 4 mal täglich.)

Bei der Behandlung der Lungenphthisis, besonders in den beginnenden und den weniger weit fortgeschrittenen Stadien wurde vielfach eine Combination mit Duotal mit günstigem Erfolge angewandt.

Rp. Duotal 0,5
Heroin 0,005—0,01
Mf. pulv. DS. 3—4 mal täglich 1 Pulver.

Digitized by Google

Auch ein Nachlassen des Nachtschweisses wurde bei dieser Therapie beobachtet.

Bei Asthma bronchiale wurde durch Heroin eine entschiedene Abnahme der Zahl, der Dauer und Stärke der einzelnen Anfälle erzielt.

Aehnlich wirkte das Mittel bei Keuchhusten. Die Dosis war 0,0015—0,005 mehrmals täglich. Von sämtlichen Kindern wurde das Heroin gut vertragen, ohne eine Spur von ungünstiger Nebenwirkung zu erzeugen. In einigen Fällen versagte das Mittel hierbei.

Eine besonders günstige Wirkung kommt dem Heroin zu bei den so häufigen Affektionen der Atmungsorgane in Begleitung oder dem Gefolge der Influenza. In den meisten Fällen, besonders bei Beteiligung der Pleura, wurde Heroin 0,005 zusammen mit Salophen 1,0 mehrmals täglich verordnet. Die Pulver bewirkten oft eine ganz überraschend schnelle Besserung der zum Teil sehr erheblichen Beschwerden; die fieberhafte Temperatur sank schnell zur normalen, die Krankheitsdauer war meist eine sehr kurze.

Die ausserordentlich beruhigende Wirkung des Heroins auf die Atmung, welche die des Morphiums und Codeins an Intensität übertrifft, ist die wertvollste Eigenschaft desselben. Bei grösseren Dosen scheint es narkotisch zu wirken, doch steht es jedenfalls dem Morphium nach. Eine allgemein schmerzlindernde Wirkung besitzt es nicht.

Die in Anwendung gebrachten Ordinationen waren folgende:

Rp. Heroin hydrochl. 0,1
Aq. Amygd. amar. 20,0
DS. 3—4 mal täglich 15—20 Tr. in Zuckerwasser.

Rp. Heroin hydrochl. 0,1
Kal. jodat. 6,0
Aq. dest. 20,0
MDS. 3—4 mal 15—20 Tr.

Rp. Heroin 0,15
Extr. Gentian. 2,0
Pulv. et Succ. Liquir.
q. s. ut f. p. No. 30
DS. 3—4 mal tägl. 1 Pill.

Rp. Heroin 0,005
Sacchar. alb. 0,5
D. tal. dos. No. XII.
DS. 3—4 mal tägl. 1 Pulv.

Rp. Trional. 1,0
Heroin 0,005
D. tal dos. No. V.
S. abends 1 P. vor d. Schlafengehen.

Schnell, Egeln.

Die Desinfektion der Haut und Hände mittels Seifenspiritus. Von Mikulicz. (Deutsch. med. Wochenschr., No. 24, 1899.)

Um das antiseptische Verfahren zu vereinfachen, empfiehlt M. die Desinfektion mit dem offizinellen Seifenspiritus vorzunehmen und zwar auf folgende Weise:

Sind die Hände mit sichtbarem Schmutz verunreinigt, so wird zunächst ein Stückchen Mull in den Seifenspiritus getaucht und damit die Hand abgerieben, bis sie für das Auge gereinigt erscheint. Dann werden mit dem Braatz'schen Nagelreiniger die Unternagelräume gesäubert. Nun bearbeitet man fünf Minuten lang mit einer sterilen Bürste die Hände in Seifenspiritus. Auch bei der Desinfektion der Hand wird keine Wasserwaschung vorgenommen.

Die Verwendung des Seifenspiritus hat folgende Vorteile:

1. Aus der Entbehrlichkeit der ausgiebigen Wasserwaschung ergiebt sich für den zu Operierenden, namentlich für schwächliche Personen,

Digitized by Google

noch ein besonderer Nutzen. Der Kranke braucht nicht völlig entkleidet zu werden und während der Waschung entblösst dazuliegen; es genügt, wenn das Operationsfeld mit seiner nächsten Umgebung zur Desinfektion freigelegt wird. Damit ist weniger Gelegenheit zur Erkältung gegeben.

2. Die Desinfection mit Seifenspiritus bedeutet einen Zeitgewinn, da fünf Minuten zu derselben genügen.

3. Der offizinelle Seifenspiritus ist ungiftig und geruchlos, er desodoriert und reizt die Haut selbst an den empfindlichsten Stellen nicht.

4. Der Spiritus saponatus scheint eine gewisse Tiefenwirkung zu haben, indem er auch die tieferen Epidermisschichten durchsetzt und hier längere Zeit festhaftet.

5. Die Desinfection mit Seifenspiritus stellt sich erheblich billiger als die bisherigen komplizierten Verfahren. Einen Nachteil hat er bei der Händedesinfection, den er mit Lysol teilt: die Hände werden glatt und schlüpfrig. Diese Unannehmlichkeit wird zum Teil beseitigt, wenn man nach vollendeter Desinfection die Hände mit sterilem Mull abtrocknet. In der geburtshilflichen Praxis dürfte die Schlüpfrigkeit der Hände vielleicht ein Vorteil sein.

M. behauptet, dass wir im Seifenspiritus ein Mittel besitzen, das sich, ohne Mitverwendung von Wasser, zur Desinfektion der Haut und unserer Hände vorzüglich eignet und den bisher bekannten besten Desinfektionsmethoden als ebenbürtig an die Seite stellen lässt.

Schnell-Egeln.

Ist Chloroform ein Bandwurmmittel? Zugleich ein Beitrag zur Wirkung grosser, innerlich dargereichter Chloroformgaben. Von O. Leichtenstern. (Therapie d. Gegenwart 1899, 9 Heft.)

In 30jähriger Hospitalpraxis hat L. als das wirksamste der üblichen Bandwurmmittel das Extr. fil. mar. aether. befunden. Nun sind aber in der Literatur des letzten Decenniums eine Reihe schwerer Vergiftungen mit Farnkraut-Extrakt bekannt gegeben worden, und zwar zum Teil schon innerhalb der üblichen Dosierung. In einigen dieser Fälle trat der Tod ein, in anderen eine vorübergehende oder auch bleibende Erblindung. Wenn auch diese Vergiftungsfälle verhältnismässig enorm selten sind, so legen sie es doch dem Praktiker nahe, nach anderen, möglicherweise gleich wirksamen und weniger schädlichen Mitteln Umschau zu halten.

L. versuchte in den letzten Jahren das Thymol und das Chloroform Das Erstere, gegen Anchylostomum von guter Wirkung, versagte in 14 Fällen von Taenia saginata vollständig, ist demnach aus der Reihe der Bandwurmmittel auszuscheiden.

Das Chloroform wendete Graeser in Bonn in 37 Fällen, meist T. solium, mit vollkommenem Erfolge an; nur in einem Falle von T. saginata misslang die Kur. G. betont, dass das Mittel gut genommen und vertragen wurde. Er gab es in der Formel:

Chlorof. 4,0
Ol. croton. gtt. I.
Glycerin 30,0

Auf einmal zu nehmen.

Durchaus gegenteilig sind L.'s Erfahrungen. Vorauszuschicken ist, dass in einer von Hirsch gegebenen Casuistik der Chloroformvergiftungen

Digitized by Google

bei interner Anwendung eine Reihe von Fällen angeführt sind, bei denen schon in Gaben von 4 g und weniger tiefes Coma und schwerer Collaps eintraten. Ein 4jähriges Kind starb nach 3 g.

L. behandelte 13 Fälle, alle T. saginata. Nur ein Mal war das Mittel erfolgreich, in allen anderen Fällen war nicht einmal ein beträchtlicher Gliederabgang zu verzeichnen. Sehr bemerkenswert aber waren die Nebenerscheinungen. Mehrmals stellte sich Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Erbrechen ein, in einigen Fällen sogar schwerer Collaps mit Coma. Bei einem 14jährigen Knaben betrug die Temperatur im Coma 38,5°. Nur 6 Patienten waren frei von Nebenerscheinungen. Nachforschungen in der Apotheke ergaben, dass durchaus einwandfreies Chloroform geliefert worden war. — Das Chloroform ist also in der mindest notwendigen Dosis von 4 g keineswegs ungefährlich, mithin als Bandwurmmittel zu verwerfen.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Gesundheitspflege.

Die Luftverschlechterung in Schulzimmern und ihre Messung Von Hans Suck. (Pädagogische Abhandlungen. Bd. III. Heft 1). Bielefeld 1899, A. Helmuth's Buchhandlung. Preis 40 Pfg.

Es ist bekannt, dass die Zusammenhäufung vieler Personen in einem Raume eine Quelle der Luftverschlechterung ist und dass die verdorbene Luft als Gift wirkt. Diese Personenanhäufung tritt in Schulzimmern ständig ein; der Schule liegt daher die Pflicht ob, über die Reinheit der Schulluft zu wachen. Die Quellen der Luftverschlechterung sind die ausgeatmete Kohlensäure, die riechenden organischen Beimischungen, welche infolge der Respiration und Perspiration in die Luft gelangt sind, organischer und unorganischer Staub, die Verbrennungsprodukte, die bei der Beleuchtung und Heizung entstehen. Verf. erörtert auch die verschiedenen Methoden zur Messung der genannten Luftverunreinigungen. Die Arbeit bezweckt nur, dazu Anregung zu geben, dass durch ausgedehnte Untersuchungen immer wieder auf die gleiche Beschaffenheit der Luft in unsern Schulzimmern hingewiesen wird. damit im weiteren Verfolge der so gewonnenen Erkenntnis die Verbesserung der Schulluft angestrebt wird.

Dr. F. Schmey, Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studierende von Prof. Dr. Adolf Baginsky. VI. vielfach vermehrte und verbesserte Auflage. I. Abteilung. Braunschweig, Fr. Wreden, 1899. Preis 8 Mk. 60 Pf.

Diese erste Abteilung des bekannten Lehrbuches, dessen vollständiges Erscheinen für die nächsten Wochen in Aussicht gestellt wird, behandelt im allgemeinen Teil die spezifischen physiologischen Eigenschaften des kindlichen Alters, das kindliche Wachstum, Pflege und Ernährung, die Untersuchung des Kindes, Aetiologie und Therapie. Die genannten Punkte sind kurz, aber erschöpfend behandelt, auch dürfte

Digitized by Google

niemand hier etwas vermissen. Bezeichnend für den Standpunkt des Verf. sind diese Sätze: Das Eine ist festzuhalten, dass, je jünger das Kind ist, desto mehr das Einfachste, Mildeste und Reizloseste stets das Beste bleibt, und dies wird als Ersatz der Muttermilch immer die Kuhmilch sein. Das Fieber ist für das Kind nicht im Entferntesten so gefährlich, wie der durch unzweckmässige Anwendung der Antipyretica erzeugte Collaps. Man wird dem Verf. hierin völlig Recht geben und man möchte wünschen, dass jedem Arzte diese Sätze jederzeit gegenwärtig seien.

Im speziellen Teil folgen die Krankheiten der Neugeborenen, ferner allgemeine Krankheiten und zwar akute Infektionskrankheiten (akute Exantheme, typhöse Krankheiten, andere akute infektiöse Allgemeinkrankheiten), weiter chronische infektiöse Allgemeinkrankheiten. Den Schluss dieser Abteilung bilden die Krankheiten des Nervensystems und zwar die Krankheiten der Hirnhäute und die Krankheiten des Gehirns. Rheumatismus, ebenso Peliosis rheumatica u. a. stehen noch unter den Allgemeinkrankheiten schlechtweg, nicht unter den infektiösen Allgemeinkrankheiten. Selbstverständlich muss es dem Verf. überlassen bleiben, hier die Grenze zu ziehen, solange die Krankheitserreger nicht mit unzweifelhafter Sicherheit bekannt sind.

Bei Scharlach und Masern finden wir normale und anormale Sch. und M. beschrieben. Ref. hält diese Einteilung für schematisch, wenngleich sie dem Studierenden das Lernen erleichtern mag; man darf m. E. nur von leichtem und schwerem Scharlach etc. sprechen event. mit Komplikationen; jede Epidemie zeigt eine unendliche Fülle von Verschiedenheiten. Dass man nun aber die leichten Fälle als normale bezeichnet, ist gewissermassen willkürlich, da auch die schweren einen oder mehrere Typen aufweisen. Bei den Masern vermisse ich das von Koplik beschriebene Frühsymptom, welches nach in der Charité angestellten Nachprüfungen als gesichert gelten kann. Das Kapitel „Diphtherie" ist, wie nicht anders zu erwarten, besonders liebevoll behandelt und dementsprechend vom Standpunkt des Verf. aus vorzüglich dargestellt.

Beim Wechselfieber habe ich bei kleinen Kindern fast stets initiale Krämpfe beobachtet. Eine entsprechende Angabe fehlt; wahrscheinlich beruht dies auf örtlichen Verschiedenheiten. Möller-Barlow'sche Krankheit ist einfach als Skorbut der Kinder bezeichnet, auf neuere Anschauungen darüber ist nicht eingegangen.

Bei den Krankheiten des Gehirns sagt Verf.: Die Therapie ist den Hirnbrüchen gegenüber zumeist machtlos. Ref. hätte gewünscht, dass kurz auf die verschiedenen Arten der Cephalocelen und ihren Sitz an dieser Stelle eingegangen wäre, da diese Punkte für den Erfolg einer Operation ausschlaggebend sind.

Im Uebrigen findet der Leser, dass die Literatur der letzten Zeit allerorts berücksichtigt ist; hierdurch leistet das Buch neben seinen übrigen, altbekannten Vorzügen, allen Anforderungen Genüge.

Köppen-Norden.

Sechs Jahre Casuistik. 1250 Fälle aus der Literatur (1891—1896) für den prakt. Arzt bearbeitet von Dr. E. Graetzer. Basel und Leipzig, Carl Sallmann, 1898. Preis 10 Mk.

Verf. ist Redakteur der „Excerpta medica" und des „Centralblattes

Digitized by Google

für Kinderheilkunde". Seine in diesen Blättern in den letzten 6 Jahren publizierten Referate hat er in diesem Werk, alphabetisch nach Krankheiten geordnet, zusammengestellt. Aus der reichen Fülle der in der Literatur niedergelegten Kasuistik ist nur das praktisch brauchbare und wertvolle ausgewählt, und in eine knappe nur das wesentliche heraushebende, Form gebracht. So kann der Mangel ausreichender persönlicher Erfahrung, der einen oftmals vor einem Krankheitsbilde, welches von der Norm abweicht, ratlos dastehen lässt, ausgeglichen werden durch diese so leicht und übersichtlich gemachte Kenntnisnahme der Erfahrung der anderen Kollegen. Auch eine alphabetisch geordnete Quellenangabe der Zeitschriften und Vereinspublikationen ist vorausgeschickt und dadurch dem literarisch arbeitenden Arzte ein grosser Dienst geleistet. Dem hervorragend fleissigen und tüchtigen Verf. gebührt für dieses Werk der Dank und die Anerkennung der gesamten Aerztewelt.

Romeick-Lyck.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ein Fall von Vulvitis gangränosa (Noma genitalium) mit Diphtheriebazillenbefund. Behandlung mit Heilserum-Heilung. Von Freymuth und Petruschky. Das Auftreten von Noma im Anschluss an Masern ist keine allzu seltene Erscheinung. In dem vorliegenden Falle liess sich bei einer scheinbar primär aufgetretenen Noma der Genitalien als der Krankheitserreger neben zahlreichen Fäulnisbakterien aller Art der Löffler'sche Diphtherie-Bazillus einwandsfrei nachweisen. Diesen Nachweis lieferte nicht nur die bakteriologische und experimentelle Untersuchung, sondern auch der Heilerfolg der kausalen Therapie sowie der sekundäre Eintritt einer diphtheritischen Halsaffektion. Verf. glaubt daher, dass Noma, wenn auch nicht immer, unter Umständen auch durch den Diphtheriebazillus hervorgerufen werden könne. Schon die Lokalisation der Krankheit als orificielle Gangrän erinnere sehr an die Lokalisation der echten Diphtherie, ferner stütze die Vorliebe, welche Noma für masernkranke Individuen hat, die Vermutung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Diphtherie und Noma. Er empfiehlt daher, wegen der gegen den Diphtheriebazillus erfolgreichen spezifischen Serum-Behandlungsmethode, speziell auf dessen Anwesenheit zu fahnden. (Deutsch med. Wochenschrift 1898, No. 15).

Klautsch-Halle a. S.

— Scarlatina in an infant. Von A. Cordes. Bei einer 39-jährigen Frau nahte das Ende der fünften Schwangerschaft heran, als die übrigen Kinder an Scharlach erkrankten. Um der Infektion des Kindes vorzubeugen, verliess die Mutter ihre Umgebung und begab sich an einen entfernten, völlig scharlachfreien Ort. Zwei Tage nach der dort erfolgten Entbindung erkrankte das Neugeborene und starb am 3. Tage am Scharlachfieber, ohne dass die Mutter irgend welche Erscheinungen geboten hätte. Eine Infektionskrankheit kann also durch den mütterlichen Organismus, welcher in keiner Weise afficiert ist, auf den foetalen Organismus übergehen. (Brit. med. Journ. 98).

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

— Echinococcus der Niere. Von Lewkowicz.

In der Sitzung vom 30. März 1898 demonstrierte L. einen Fall von Echinococcus der Niere bei einem 9jährigen Knaben. Derselbe war vor einem Jahre erkrankt und zwar wurde Vergrösserung des Bauchumfanges, Blut im Urin und Abmagerung konstatiert. Bei der Aufnahme fiel besonders folgendes auf: blasser Knabe mit vergrösserten Lymphdrüsen am Nacken, in den Achselhöhlen und Inguinalfalten; abendliche Temperatursteigerung bis 38°. In der Bauchhöhle links wurde ein Tumor von Mannskopfgrösse konstatirt, welcher perkutorisch von der 6. Rippe bis zum Poupartischen Bande reicht, die Mittellinie um 2 Finger überragt, eine glatte Oberfläche hat und unbedeutend fluktuiert. Vor dem Tumor liegt das verschiebbare Colon descendens. Urin normal. Bei der Punktion des Tumors wurde 1 cm^3 Flüssigkeit herausbefördert und in derselben wurden Echinococcushacken gefunden. Die Diagnose hatte Einfluss auf Prognose und Behandlung, da Hoffnung vorhanden ist, dass der Pat. durch einen operativen Eingriff wird beim Leben erhalten werden können. Der Fall verdient Beachtung:

1. weil der Echinococcus hier zu Lande selten ist,
2. wegen des Sitzes der Krankheit und
3. wegen des Auftretens im Kindesalter.

(Klin.-therap. Wochenschrift, 98.)

Dr. Goldbaum-Wien.

— Zur Pathologie der Pilzvergiftungen. Von M. Thiemich.

Eine Familie, welche ausser den Eltern aus 2 Kindern im Alter von $2^1/_2$ und 5 Jahren bestand, ass ein Gericht Pilze, welche der Vater im Walde gesammelt hatte. Diese Pilze bestanden, wie sich nachher herausstellte, zur Hälfte aus Amanita bulbosa var. viridis und Bussula emetica, beides sehr giftigen Arten. Am nächsten Morgen erkrankten alle vier Personen an Durchfall und Erbrechen. Während die Eltern am Leben blieben, starben die beiden Kinder und zwar das $2^1/_2$jährige etwa 24 Stunden nach dem Genuss der Pilze, das 5jährige etwa 7 Stunden später. Die Sektion ergab in beiden Fällen hochgradige Verfettung der Leber und mässig hochgradige akute parenchymatöse Nephritis. Auffällig war auch, dass in dem Urin beider Kinder Zucker nachgewiesen wurde. An dem Zustandekommen der Vergiftung waren offenbar beide Pilzsorten beteiligt. (Deutsch. med. Wochenschr., 1898.)

Dr. Feodor Schmey-Beuthen O.-S.

— Hamm empfiehlt gegen Ozaena die Citronensäure. Die Pat. müssen sich jeden Morgen die Nase ausspülen und nötigenfalls durch Ausschnauben Eiter und Krusten zu entfernen suchen. Dann wird mit einem Pulverbläser 3 mal täglich Acid. citric. mit Saccharum lactis aa in die Nase eingeblasen. Die Geruchlosigkeit tritt sofort ein und hält, wenn man keine Citronensäure mehr einbläst, manchmal noch mehrere Tage an. Mit dem dauernden Gebrauch tritt allmählich eine Sekretionsverminderung ein. (Münch. med. Wochenschr., No. 15, 1899.)

Schnell-Egeln.

Digitized by Google

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Tct, Nuc. vomic. 5,0
Tct. ferr. pomat.
Tct. Chin compos. aa 10,0
MDS. 3mal stdl. 12 Tropfen.

Rp.
Strychnin. sulfur. 0,001—0,002
DS. zu subcutanen Injectionen (in die Nackengegend, einen um den anderen Tag, die niedere Dosis zuerst, später die höhere Dosis).
Diphtherit. Lähmung des Gaumensegels.
(Aerztl. Ctrlanz.)

Rp.
Kal. sozojodolic. 5,0
Talc. Venetian. 20,0
DS. Streupulver.

Rp.
Natr. sozojodolic. 2,0
Lanolin. 20,0
Mf. ungt DS. Brandsalbe.
Verbrennungen.
(Ztschr. f. Ther.)

Rp.
Decoct. rad. Apocyn. (5,0):200,0
DS. 3mal tgl. 1 Kinderl.

Rp.
Tct. Apocyn. 20,0
DS. 2—4mal tgl. 5 Tropfen.
Hydrops.
(Liebreich.)

Kleine Mittheilungen.

— Der Tuberkulosekongress, welcher vor einiger Zeit in Berlin tagte, hat folgende Preisschrift ausgeschrieben: „Die Tuberkulose als Volkskrankheit und deren Bekämpfung". Sie soll volkstümlich gehalten sein und 5 Druckbogen nicht überschreiten. Die preisgekrönte Arbeit geht in den Besitz des Centralausschusses zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke über. Der Preis beträgt 4000 Mark, event. 2000 Mark, wenn zwei Arbeiten gewürdigt werden. Die Arbeiten sind bis 4. Dezember d. J. an Herrn Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin, Bellevuestr. 4, einzusenden.

— Das College of Physicians of Philadelphia hat für die beste Arbeit über das Thema: „The various manifestations of lithaemia in infancy and childhood, with the etiology and treatment" einen Preis von 500 Dollars ausgesetzt. Die Arbeit muss englisch geschrieben oder von einer englischen Uebersetzung begleitet sein und unter dem üblichen Formen bis zum 1. Januar 1900 an das College of Physicians in Philadelphia mit der Adresse des Herrn Richard C. Norris, 16. D. eingesendet werden.

Druck von Herm. Schmidt, Schönefeld-Leipzig.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark, direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 3836) sowie auch die Verlagsbuchhandluug jederzeit gern entgegen

X. Jahrg. **November 1899.** **Heft II.**

Inhalt: Originalien: **Klug,** Der Wert des Naftalan in der Therapie (Schluss). 241. — **Kühner,** Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder. 245. — **Sonnenberger,** Bericht über die Verhandlungen der Section für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1899: Lange und Thiemich, Ueber Krämpfe im Kindesalter; Ganghofner, Ueber Laryngospasmus und Tetanie der Kinder; Hochsinger, Ueber Tetanie der ersten Lebenswochen und Monate; Finkelstein und Seiffert, Ueber Sepsis im frühen Kindesalter; Spiegelberg, Zur Frage nach den Entstehungswegen der Lungenentzündungen magendarmkranker und septisch-kachektischer Säuglinge; Rille, Ueber die Behandlung des Ekzems im Kindesalter, 257. — Referate: **Comba** und **Simonetti,** Larynxstenose, 257. — **Brudzinsky,** Gärtner'sche Fettmilch, 258. — **Homburger,** Ichthalbin, 258. — Gesundheitspflege: **Esmarch,** Schulärztliches, 259. — Rezensionen: **Ahlfeld,** Lehrbuch der Geburtshilfe, 2. Aufl., 261. — **Schill,** 5. Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik, 261. — **Bendix,** Lehrbuch der Kinderheilkunde, 261. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 263. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 263. — Kleine Mitteilungen, 264.

Der Wert des Naftalan in der Therapie.

Von Dr. A. Klug in Freiheit-Johannisbad.

(Schluss).

Viertens verlieren infolge der Wasserabgabe die Leukocyten dadurch zum Teil oder vollständig ihre amöboide Bewegungsfähigkeit. Diesen Effekt der Wasserentziehung auf die farblosen Blutkörperchen kennen wir ja schon aus den Versuchen Thomas'. Nach Verlust ihrer amöboiden Bewegungsfähigkeit vermögen dieselben aber weder aktiv aus den Blutgefässen zu emigrieren, noch können sie die Zerfallsprodukte des Entzündungsbezirkes in sich aufnehmen und sie in die Blut- oder Lymphbahn schaffen. Dadurch wird also einerseits eine weitere Ueberschwemmung des Entzündungsgebietes mit Leukocyten respektive Eiterkörperchen verhindert, anderseits eine Aufnahme von toxischen Zersetzungsprodukten in die Blut oder Lymphbahn erschwert.

Ja nicht bloss eine Erschwerung, sondern eine vollständige

Digitized by Google

Verhinderung dieser Vorgänge wird ausserdem dadurch hervorgerufen, dass das Naftalan noch die Eigenschaft besitzt, die Gefässwand so zu verändern, dass sie sogar dem Durchtritt von Flüssigkeiten energischen Widerstand entgegenzusetzen vermag. Hiervon giebt ein weiter unten angeführter Fall von chronischem Ekzem einen sprechenden Beweis. Grade das Vermögen, die Resorption toxischer Substanzen zu verhindern, ja sogar dann noch zu verhüten, wenn dieselben in gelöstem Zustande sich befinden — statt dieselbe zu befördern, wie einige Autoren bei den hier einschlägigen Krankheitsformen angegeben haben —, ermöglicht die vollständige Eliminierung schädlicher Stoffe nach aussen und räumt hiermit dem Naftalan in der Reihe der lokalen Heilmittel eine ganz exceptionelle Stellung ein. Dadurch ist es ja nur möglich zu erklären, wieso z. B. eine septische Handentzündung, die infolge der Intoxikation des gesamten Körpers ein Fieber von 40,6° erzeugte, wenige Stunden nach der Inzision und dem Naftalanverbande eine normale Temperatur und ausgezeichnetes subjektives Wohlbefinden ergeben konnte.

Dass auch keine Resorption des Naftalan selbst von der Wund- oder Entzündungsfläche erfolgte, lehrte mich einesteils der Umstand, dass selbst bei ausgedehnter Verwendung desselben nie irgendwelche Intoxikationserscheinung auftrat, anderseits aber auch die Thatsache, dass ich in keinem Falle eine Veränderung des Harnes konstatieren konnte.

Auch die Auflösung abgestorbener oder stark lädierter Zellen, besonders der Eiterkörperchen, nach Naftalan lässt sich mikroskopisch verfolgen und ist wohl nur auf Rechnung des Alkali zu setzen; denn von diesem ist es bekannt, dass es den Hauptbestandteil der letzteren, die hyaline Substanz Rovida's, aufzulösen vermag.

Was nun meine Beobachtungen zunächst bei den verschiedenen Formen des akuten und chronischen Ekzems anbelangt, so habe ich bisher nur befriedigende Erfahrungen gemacht. Reizerscheinungen habe ich nie gesehen, und dürften die von einigen Autoren berichteten Fälle wohl auf die von Dr. Rosenbaum gegebene Weisung zurückzuführen sein, „das Naftalan messerrückendick auf Leinwand zu streichen und damit den kranken Teil zu bedecken oder die Salbe direkt mit Spatel oder Messer auf die erkrankten Stellen zu streichen und mit Leinwand oder Baumwolle zu bedecken". Da aber Naftalan auch reizende Eigenschaften besitzt, die mitunter vielleicht noch in ihrer Intensität schwanken, so sind bei so mächtiger Applikation des Mittels bei empfindlichen Individuen und starken entzündlichen Erscheinungen Schmerzempfindungen möglich. Wenn man aber dasselbe nie direkt auf die erkrankte Stelle, sondern stets nur auf hydrophile Gaze gestrichen und ausserdem bei starker Entzündung und reichlichem Nässen zunächst nur in schwacher Schicht aufgetragen anwendet, ferner besonders in den letzteren Fällen stets noch einige Lagen hydrophiler Gaze darüber schichtet — was ja schon wegen der Wasserentziehung des Naftalan angezeigt sein muss —, so werden in Zukunft gewiss auch solche unangenehme Erscheinungen ausbleiben. Hat man sich davon überzeugt, dass das Naftalan gut vertragen wird, dann kann und soll man allerdings rasch wieder zu reichlicherer

Digitized by Google

Applikation schreiten. Am Gesichte lege ich also eine Gazemaske an und an den übrigen Körperstellen regelrechte Gazeverbände, und erst dann, wenn die Heilung schon vorgeschritten ist, lasse ich bloss die Salbe direkt aufstreichen. Uebrigens verzögert sich mitunter grade der Schluss der Heilung, und ist es dann gut — wie auch Dr. Rosenbaum angiebt —, eine andere milde Ekzemsalbe anzuwenden, unter der dann rasch vollständige Heilung eintritt. Selbstverständlich sind die erkrankten Teile während der ganzen Heilungsdauer nicht zu befeuchten, sondern im Bedarfsfalle nur mit reinem Oel zu reinigen. (Folgt die ausführliche Schilderung eines mit Naftalan behandelten Falles von chronischem Ekzem bei einem zehnjährigen Kinde.)

Dieser Fall zeigt einerseits, dass die Behandlung eines Ekzems und besonders des chronischen stets eine streng individualisierende, mit genauester Berücksichtigung des Zustandes der übrigen Organe, sein muss, anderseits aber wird dadurch die Richtigkeit der oben angegebenen Anschauung dokumentiert, dass nämlich das Naftalan auch die Gefässwand so zu verändern vermag, dass nicht bloss die Emigration der Leukocyten verhindert, sondern sogar die Durchlässigkeit für Flüssigkeiten aufgehoben oder zum mindesten stark eingeschränkt erscheint; denn die infolge der Niereninsuffizienz eingetretene Flüssigkeitsvermehrung im Gefässsystem hatte zwar überall eine reichliche Transsudation aus den Gefässen zur Folge, nur diejenigen des Entzündungsbezirkes, die nämlich unter der direkten Einwirkung des Naftalan standen, machten davon eine Ausnahme. Hier trat keine Transsudation ein, während doch grade die Gefässe des Entzündungsgebietes hierzu von vornherein disponiert erschienen. Wenn nun nach Naftalaneinwirkung die Gefässwand sogar die Durchlässigkeit für die eiweissarmen ödematösen Flüssigkeiten verliert, so muss dies umsomehr für ein eiweissreiches Exudat gelten, also jede Resorption von Entzündungsprodukten im direkten Einwirkungsfelde des Naftalan ausgeschlossen sein.

Was die eitrigen, phlegmonösen und gangränösen Entzündungen betrifft, so möchte ich behaupten, dass hier das Naftalan von keinem der bisherigen Heilmittel erreicht wird. Ich habe dasselbe in einer grösseren Anzahl von Fällen verwendet und immer denselben frappanten, raschen Erfolg gesehen.

Sehr gute Erfolge habe ich ferner speziell bei Verbrennungen und Impetigo contagiosa gesehen, wobei ich aber, wie schon erwähnt, stets die Blasendecken vor der Naftalanbehandlung entfernte.

Da das Naftalan sogar bei phlegmonösen und gangränösen Prozessen so Ausgezeichnetes leistete, fühlte ich mich bald veranlasst, dasselbe auch bei frischen, aseptischen Wunden in Anwendung zu ziehen. Das Ausbleiben von Eiterung und der Eintritt raschester Heilung ohne schädliche Folgen in allen Fällen bewog mich, dasselbe vollständig an die Stelle des früher hier dominierenden Jodoforms zu setzen. Der Heilungsvorgang ist nach den obigen Auseinandersetzungen leicht erklärlich. Derselbe beruht darnach hauptsächlich in einer regenerativen Wucherung der Gewebszellen, denn eine Unterstützung desselben durch die Emigration von Blutzellen ist ja durch die Naftalanwirkung ausgeschlossen, oder wenigstens stark eingeschränkt.

Digitized by Google

II.

Während in den bisher angeführten Fällen das Naftalan als verlässliches Heilmittel gelten kann, ist dies bei einer Reihe von Hauterkrankungen nicht mehr der Fall, wo nämlich die mehr oder weniger intakte Hornschicht der Haut die direkte Einwirkung auf den Enkrankungsbezirk vermindert. Daraus erklärt sich, warum die Naftalanwirkung z. B. bei Erysipel und Prurigo so unsicher ist, da hier jene Verhältnisse vorliegen, noch mehr aber bei Psoriasis, da es sich hier nach der Ansicht der meisten Autoren um eine Störung des Verhornungsprozesses in den höheren Lagen der Epidermis handelt und die Entzündung nur sekundärer Natur ist. Bezüglich des letzteren Leidens äusserte sich auch Dr. Pezzoli bereits dahin, dass das Naftalan hier deshalb weniger wirke, „weil ihm eine grössere Tiefenwirkung abzugehen scheine". Dieselbe steht eben mit dem Verhornungsprozesse in Zusammenhang und muss bei einer Zu- oder Abnahme desselben ebenfalls wachsen oder fallen.

Bei dieser Gruppe von Hauterkrankungen äussert sich die Naftalanwirkung hauptsächlich mehr oder weniger in einer Verminderung des Schmerzes oder Juckreizes und der Entzündung und kann selbstverständlich mitunter auch zur vollständigen Heilung führen. Zur Erklärung dieser Erscheinungen gelten dieselben Grundsätze wie bei der ersten Gruppe.

III.

Das Naftalan besitzt endlich noch die Fähigkeit, auch auf Entzündungen von in der Tiefe gelegenen Geweben und Organen günstig einzuwirken. In dieser Hinsicht liegen mehrere günstige Berichte bei Entzündungen von Lymphdrüsen, besonders am Halse, dann bei rheumatischen Erkrankungen der Gelenke, Muskeln und Nerven vor. Was die Wirkungsweise in diesen Fällen betrifft, so kann sie den obigen Ausführungen zufolge nicht als direkte Naftalanäusserung angesehen werden, da ja dem Naftalan eine besondere Tiefenwirkung fehlt und dasselbe auch von den Hautgefässen nicht resorbiert wird. Hier ist sie meines Erachtens nur eine indirekte Folge dieses Mittels und besteht — entgegen der Wirkungsweise bei den unter I. und II. angeführten Krankheitsgruppen — hauptsächlich in einer Erhöhung der Resorption innerhalb der entzündeten Gewebe. Wenn man nämlich über einem solchen tiefen Entzündungsherde Naftalan in reichlicher Menge und möglichst grosser Flächenausbreitung auf die Körperoberfläche einwirken lässt, so werden in diesem Hautbezirke nach dem obigen die Blutgefässe verengt; infolgedessen muss in der Nachbarschaft der Blutdruck steigen — im gegebenen Falle also in den erweiterten Gefässen des entzündeten Gewebes —, was nun den Resorptions- und Heilungsvorgängen daselbst sicher förderlich ist. Zur Erklärung der mehr oder weniger ausgiebigen Verringerung des Schmerzes, die hier ebenfalls auffällig zu Tage tritt, genügen jedoch allein die genannten Veränderungen in den Zirkulationsverhältnissen nicht. Hier wirkt zwar das Naftalan, wie in den beiden

Digitized by Google

ersten Krankheitsgruppen, auch nur auf die Endausbreitung der Nerven in der Haut und erzeugt hier — also fern von dem eigentlichen Entzündungsherde — eine mehr oder weniger starke Anästhesie; diese Anästhesie vermag sich aber zentripetalwärts dem Entzündungsbezirke selbst mitzuteilen, wovon ja die diesbezüglichen therapeutischen Erfolge Zeugnis geben. Diese Erscheinung lässt nun eine handläufige Erklärung nicht zu, doch vermute ich, dass dieselbe mit dem Gesetze der gemeinschaftlichen Wachstums- und Lebensbedingungen der Hüllen und der Eingeweide in Beziehung steht. Diesbezüglich hat ja bereits Prof. Dr. Benedikt, der dieses Gesetz für das Gehirn und seine Hüllen für normale und krankhafte Verhältnisse bewiesen, betont, dass „dasselbe gewiss auch für die Körpereingeweide und die Haut gilt".

In zahlreichen Krankheitsfällen, welche in diese dritte Gruppe einzureihen sind, habe auch ich unzweifelhafte Erfolge gesehen, welche zunächst immer in einer Verminderung oder Aufhebung des Schmerzes und häufig auch der Entzündung selbst bestanden. Besonders aber will ich hervorheben, dass ich mit Naftalan unleugbar günstige Resultate bei katarrhalischen und croupösen Pneumonien, sowie bei serösen und serös-fibrinösen Pleuritiden gesehen habe. Die Patienten lobten ausserordentlich die in diesen Fällen sich stets prompt einstellende schmerzstillende Eigenschaft des Naftalan und gaben auch öfter an, dass die Expektoration sich leichter, „milder" vollziehe. Seröse und serös-fibrinöse Exsudate der Pleura wurden in einem unbedingt rascheren Tempo resorbirt, als ich es sonst ohne gleichzeitige Naftalan-Umschläge sah. Auch bei akutem Gelenkrheumatismus war der anäthesirende Effekt in die Augen springend, und kann hier deshalb das Naftalan als kräftiges Unterstützungsmittel der Behandlung mit salicylsaurem Natron gelten.

Vorliegende Ausführungen, in denen ich die Wirkungsweise des Naftalan in ein System zu bringen bestrebt war, werden hoffentlich eine gewisse Sicherheit für die Indikationsstellung der Naftalanbehandlung bieten, und ich bin überzeugt, dass dasselbe besonders bei den unter I. angeführten Krankheitsformen sich in Kürze die allgemeine Anerkennung als Heilmittel ersten Ranges erwerben wird.

Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder.

Von Dr. Kühner (Coburg).

Unsere Zeit ist raschlebig. Auf allen Gebieten des zur weiten Domäne der medizinisch-naturwissenschaftlichen Forschungen und Berufsaufgaben gehörigen Wissens und Könnens haben sich innerhalb der letztvergangenen Jahrzehnte des scheidenden Jahrhunderts bedeutende Veränderungen vollzogen; neue Entdeckungen, Fortschritte ungeahnter Natur sind zu verzeichnen. Eine gänzliche Umgestaltung in unserem Wissen und Können hat die Hygiene erfahren und nicht zum wenigsten auf diesem grossen Felde die Hygiene des Kindes.

Digitized by Google

Unser verschärfter Blick ins Kleine hat manche grosse Fragen geklärt und mehr als je gezeigt, dass bei der Pflege der Kinder Grosses im Kleinen verborgen und geborgen liegt. Von diesen grossen Gefahren, bedingt durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder soll im Nachfolgenden die Rede sein.

Betrachten wir zunächst die Ernährung. Um diesen wichtigen Vorgang einzuleiten und vorzubereiten, sind die Zähne die nächsten und unentbehrlichsten Werkzeuge. Eine normale Beschaffenheit und kräftige Entwickelung des Gebisses ist, wie allgemein bekannt, für Mann und Weib, Jung und Alt, Hoch und Niedrig von der grössten Bedeutung; nicht nur, dass die Zähne eine der schönsten natürlichen Zierden des Menschen darstellen, die schlechte Beschaffenheit derselben wirkt insofern, als durch dieselbe das Kauen erschwert und durch letzteren Umstand weiterhin die normale Speichelabsonderung beeinträchtigt wird, in ungünstiger Weise auf die Verdauung zurück. Eine grosse Reihe von Magen- und Darmkrankheiten gehören weniger zur Domäne des Internen, als des Zahnarztes und die immer mehr zunehmende, in dieser Zunahme durch sorgfältige Untersuchungen in Schulen festgestellte Zahnverderbnis der Kinder, gehört in ihrer Einschränkung, wie wir sogleich des Näheren sehen werden, dem Kinderarzt an.

Als Ursachen der erschreckend zunehmenden Zahnverderbnis sind seither Fehler in der Ernährung, Zucker, Süssigkeiten, mangelhafte Pflege der Zähne angeschuldigt worden. Andere haben behauptet, dass unsere gegenwärtige Erziehung mit ihren vorzeitigen gesteigerten geistigen Anstrengungen und Anforderungen an das Gehirn in diesem eine Blutüberfüllung, sowie auch in den Kiefern bedinge, eine Anschoppung, welche dem Entwicklungsgang in den Alveolen schädlich werde. Noch Andere und unter ihnen Warnekros*) legen bei der Verderbnis der Zähne insbesondere auf ihre anomale Stellung Gewicht. Bekannt ist die Thatsache, dass Zähne, die sich nicht in ihrer richtigen Stellung befinden, sehr leicht schadhaft werden und erkranken. Für die normale Entwickelung und richtige Stellung der Zähne bilden aber die normalen Bewegungen des Kiefers beim Kauen eine Grundbedingung. Es unterliegt nach Warnekros keinem Zweifel, dass ebensowohl durch eine ungeeignete, die Kaubewegungen nicht in genügender Weise in Anspruch nehmende Ernährung wie durch gewisse im kindlichen Alter ausserordentlich häufig vorkommende mechanische Einwirkungen die normale Entwickelung ebensowohl des Ober- wie des Unterkiefers beeinträchtigt und die auf den zu wenig umfangreichen Alveolarrändern beider Kiefer zum Durchbruch kommenden Zähne in eine abnorme Stellung gedrängt werden. Unter den soeben erwähnten mechanischen Einwirkungen, welche die Zahnbildung in ungünstiger Weise beeinflussen, stehen in erster Reihe gewisse üble Angewohnheiten der Kinder, nämlich das Daumen- und Lippensaugen, das sog. Lutschen, meist veranlasst durch jenes ekelhafte

*) Oesterreichisch-Ungarische Vierteljahrschrift für Zahnheilkunde X, Heft 2 (April 1894).

Digitized by Google

Beruhigungsmittel, welches in Form des sog. Lutschbeutels, Zuller dem Kinde gereicht wird. Die Vielnamigkeit dieses Werkzeuges, das trotz langatmiger wissenschaftlicher Deduktionen und häufiger Auslassungen des Spottes, in der Kinderstube, gleichwie das Korsett in der Frauenkleidung wie eine ewige Krankheit forterbt, spricht zugleich für seine grosse Verbreitung. Hier haben wir also den Beweis, dass grosse Gefahren durch kleine Fehler bei der Pflege der Kinder bedingt werden. Wir kommen sogleich auf diese verderbliche Gewohnheit zurück. Als eine weitere schädliche Gewohnheit bezeichnet Warnekros das „Pressen der Zunge", sowie auch jene hier und da vorkommende Unart, welche darin besteht, dass das Kind ein Taschentuch oder einen ähnlichen Gegenstand oft stundenlang zwischen die Zähne presst und dann wieder herauszieht. In jener angezogenen Abhandlung bildet Warnekros den Ober- und Unterkiefer eines zwölfjährigen Kindes ab, welche in Folge der letzterwähnten Angewohnheit eine von der normalen Form durchaus abweichende Gestalt mit völlig abnormer Zahnstellung angenommen haben.

Da wir für unsere Abhandlung über grosse Gefahren, bedingt durch kleine Fehler bei der Pflege der Kinder zunächst von der Ernährung ausgegangen, so entsteht die Frage: Hat in Bezug auf dieses Gebiet eine wesentliche Veränderung innerhalb etwa eines Menschenalters stattgefunden? Die Antwort lautet: Künstliche Ernährung noch mehr eine erkünstelte Art der Auffütterung ist eine allgemeine Gewohnheit innerhalb dieses Zeitraumes geworden. Gesellschaftliche, geschäftliche Rücksichten, nicht zum mindesten die Lebensführung der Frauen beherrschende Mode haben dem Kinde die natürliche Nahrung mehr entfremdet. Dass diese Entfremdung, abgesehen von den Nachteilen, welche in Folge der Evolutionstheorie, sowie durch die Unterdrückung einer wesentlichen Lebensverrichtung die Mutter selbst treffen, allenthalben in einer grösseren, mitunter erschreckenden Kindersterblichkeit ihren Ausdruck findet, diese bekannte Thatsache soll hier weitere Ausführung nicht erfahren. Nichts ist unnatürlicher, als dass dem Kinde eine Mutter das Leben giebt und eine andere mit ganz anderen vitalen Eigenschaften es ernährt oder dass eine Flasche, gefüllt mit andersartiger, der jeweiligen Altersstufe des Kindes gar nicht entsprechender Zusammensetzung demselben gereicht werde. Man übersieht auch bei der Ernährung der Kinder und unserer neueren Richtung der Medicin, welche sich mehr der Lehre vom Sichtbaren zuwendet, neben den chemischen und physkalischen Eigenschaften des Nahrungsmateriales die ungemein bedeutungsvollen unsichtbaren vitalen Beziehungen. Die wunderbaren geheimnisvollen Beziehungen, das zarte und doch so starke Band, welches Mutter und Kind auch in Bezug auf die Ernährung vereint, lässt sich durch keine andere Art der Fürsorge ersetzen. Nur die Muttermilch hat neben der passenden Zusammensetzung auch die dem Kinde angemessene, gleichmässige Wärme, die oft nur mühsam, umständlich geregeltermassen hergestellt und beibehalten werden kann. Es ist ein grosses Verdienst von James Cantle in einem soeben im British Medic. Journ. vom 2. September gegebenen Beitrag,*) die grosse Be-

*) On the causes of the decay of the teeth.

Digitized by Google

deutung einer richtigen Temperatur der dem Kinde zu reichenden Milch hervorgehoben zu haben. Von dieser gleichmässigen Temperatur bei der Kinderernährung soll im Nachfolgenden die Rede sein.

Ein Säugling braucht, um sich satt zu trinken, etwa eine halbe Stunde Zeit, die Schlückchen, die er bekommt, sind nicht gross, sie enthalten etwa fünf bis sechs Tropfen Milch. Auch später erfordert eine gewöhnliche Flasche Milch wenigstens zehn bis fünf Minuten zum Genuss. Nun ist klar, dass Anfang und Ende einer solchen Speisung erheblich differieren in Bezug auf die Wärme der Milch. Was geschieht? Die Zuträglichkeit dieser Temperatur ermisst die Mutter oder Pflegerin durch Vorkosten. Das ist ein kleiner, aber bei unserer gegenwärtiger Anschauung von der keimfreien Kindernahrung gewiss oft folgenschwerer Fehler bei der Kinderernährung. Betrachten wir zunächst das Vorkosten und dessen Tragweite in Bezug auf die Temperatur. Während die Wärme der Muttermilch innerhalb des ganzen Vorganges des Saugens nur etwa 30° R. beträgt, schätzt die Mutter oder Pflegerin die Temperatur der Milch nach dem Ermessen ihrer eigenen Gewohnheit, die Kaffee von etwa 50° R. (!) als geeignet findet und solche Getränke als kühl (!) betrachtet bei einer Temperatur von 35 Grad. Der Kinderarzt kann die Schätzung der Milch an der Hand des Thermometers als zu umständlich nicht verlangen. Die Mutter kann diesen Wärmegrad auch ohne Zuhilfenahme eines Thermometers ganz leicht nach Hochsinger*) dadurch bestimmen, dass sie das Fläschchen nach approximativer Schätzung der Erwärmung an ihr Auge anlegt. Wenn sie sodann kein unangenehmes Brennen am Augendeckel empfindet, so ist dies ein Beweis, dass die Milch entsprechend warm ist. Beim Erwachsenen hat die Gewohnheit, welche nur zu oft der Natur entgegenarbeitet, die Schleimhaut des Mundes vermocht, Temperaturen zu ertragen, welche beim Baden die Haut als unerträglich abweist. Man kann hiernach den ungemein schädlichen Einfluss solcher Wärmegrade für das Kind ermessen. Die zarte Auskleidung des Mundes muss nahezu verbrüht werden und mancher Aufschrei des Kindes, der als Eigensinn, Hunger und dergl. gedeutet wird, ist uns nun in anderer Weise erklärlich. Die Schleimhaut des Mundes wird zum mindestens aufgelockert und anhaltend gereizt. Wir wissen aber aus dem Vorgang der Zahnung, wie oft und mit welchen verderblichen Folgen sich eine solche Reizung vom Zahnfleisch aus auf den ganzen Verdauungskanal fortsetzt. Sehr folgeschwer äussert sich aber diese andauernde Reizung, Kongestion in der im Zahnfleisch eingebetteten Zahnsäckchen verkümmern, schwinden. Die Zukunft der Zähne hängt also wesentlich ab von der Pflege des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren; der Verfall der Zähne ist schon ausersehen, bevor deren Grundlage aufgebaut ist.

(Schluss folgt).

---

*) Gesundheitspflege des Kindes im Elternhaus. Von Dr. Carl Hochsinger, Abteilungs-Vorstand am I. öffentlichen Kinder-Krankeninstitute in Wien. Wien. Franz Deuticke. Preis Mk. 3.60.

Digitized by Google

Originalbericht über die Verhandlungen der Abteilung für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17.—23. September 1899.

Von Dr. Sonnenberger, Worms.

Prof. Dr. v. Ranke (München) eröffnete die Verhandlungen der Sektion für Kinderheilkunde am 18. September mit einem herzlichen Willkommengruss, indem er seiner Freude über den zahlreichen Besuch der Versammlung Ausdruck verlieh. Die Fülle des zu verhandelnden Materials sei sehr gross, indem 3 Referate und 36 Einzelvorträge auf dem Programm ständen.

Die Verhandlungen wurden sofort begonnen. Wir bringen zunächst die 3 Hauptreferate, wollen aber kurz bemerken, dass wir nur — insbesondere bei den Einzelvorträgen — das ausführlicher bringen, was für die Praxis von Wert und Interesse ist, während wir uns bei den mehr theoretisch-wissenschaftlichen Vorträgen auf eine kurze Inhaltsangabe beschränken mussten. Wir denken, auf diese Weise bei der Fülle des Stoffes die Uebersicht über denselben unseren Lesern wesentlich zu erleichtern. Das erste Hauptreferat bezog sich auf das Thema: Ueber Krämpfe im Kindesalter. Referent Dr. Lange (Leipzig) führte folgendes aus:

Die unter dem Namen „Eklampsie" zusammengefassten Krankheitssymptome des 1. und 2. Lebensjahres bieten kein ganz klares Bild. Es sind immer die gleichen bekannten Erscheinungen (Tetanie und Laryngospasmus schliesst L. von seiner Besprechung aus), die anfallsweise auftreten, rasch zum Tode führen oder aber in Genesung ausgehen können. E. ist nur als ein Symptom und nicht als eine Erkrankung sui generis des Centralnervensystems zu betrachten. Für eine Anzahl von Fällen wird der pathologisch-anatomische Nachweis später zu führen sein, während für eine Reihe von Fällen, in denen chemische Agentien ätiologisch wirksam sind, keine anatomische Veränderung nachweisbar ist. Von den idiopathischen Krämpfen interessieren vor Allem die Reflexkrämpfe, die durch irgend welchen mechanischen Reiz, der die sensiblen Nerven trifft, ausgelöst werden, so durch Eiterung, Nadelstiche, Reize, welche die Schleimhaut des Verdauungskanales vom Mund bis zum After oder die Trachea, die Haut etc. treffen. Häufige Veranlassungen zu Krämpfen sind: Ueberladung des Magens mit unverdaulichen Speisen, akute Gastritis, Fissura ani, Würmer; von Seiten der Urogenitalorgane Phimose, Steine; dann die initialen Krämpfe im Beginn der Infektionskrankheiten, die als bakterielle Giftwirkung aufzufassen sind, auch mancherlei chronische Krankheiten schaffen die Disposition zu E., so vor allem Rhachitis, vielleicht auch Skrophulose; bei Lues ist das Verhältnis ein anderes, hier finden sich anatomische Läsionen; dann sind häufig die durch CO_2 Intoxikation veranlassten Konvulsionen. — Aetiologisch ist es immer die Hauptsache, festzustellen, ob die Krämpfe symptomatische oder functionelle sind. — Prophylaktisch ist es wichtig, die Säuglinge durch rationelle Ernährungsweise vor Rhachitis zu bewahren, Störungen von Seiten der Verdauungsorgane zu beseitigen und zu verhüten, lokale Prozesse zu beachten (Phimose, Rachenmandel etc.), bei sehr erregbaren

Digitized by Google

Kindern Angstzustände, Schrecken etc. zu vermeiden. — Für den Anfall: lauwarme Bäder, in schweren Fällen Narkose durch Chloroform oder Aether; Bromsalze in 5 proz. Lösung 2-stdl. 1 Kaffeel., bis deutliches Nachlassen der Anfälle erfolgt; bei idiopathischen Krämpfen aller Art, nicht blos bei Rhachitis, Phosphor, das, wenn die Krämpfe aufhören, noch einige Wochen weiter gegeben werden soll. Es wirkt oft ausgezeichnet.

Der Correferent Dr. Thiemich (Breslau): Er will ausschliesslich die funktionellen Krämpfe des 1. Kindesalters bis zum Ende des 2. Lebensjahres behandeln, welche nicht auf einer makroskopisch nachweisbaren Erkrankung des Nervensystems beruhen. Die Differentialdiagnose zwischen funktionellen und symptomatischen Krämpfen ist oft leicht, oft aber sehr schwierig. Für die funktionellen Krämpfe ist eine ätiologische Einheit sehr unwahrscheinlich. Man kann aber folgende Typen aufstellen: Kinder mit Magendarmkrankheiten im 1. Kindesalter, dann gut genährte Kinder, die aber meist doch nicht als ganz gesund zu betrachten sind. Das Lebensalter der floriden Rhachitis ist am meisten durch Krämpfe bedroht, und die meisten Kinder dieser Kategorie haben Zeichen von Rhachitis namentlich des Schädels. Sie leiden öfters an Obstipation, werden gut gefüttert. — Sodann die Konvulsionen bei Tetanie. — Es ist nicht wahrscheinlich, dass sich aus Eklampsie eine Epilepsie des späteren Lebensalters entwickeln kann. Anatomische Veränderungen des Gehirns und Rückenmarks sind meist zufällige Erscheinungen und haben keine spezifische Bedeutung. — Wir wissen auch nicht, von welchen Stellen des Gehirns oder verlängerten Marks die Krämpfe ausgelöst wurden. Die mannigfachen Theorien über das Zustandekommen der Krämpfe gehen immer von den Reflexen aus. Soltmann's bekannte Versuche an neugeborenen Hunden sind nicht beweisend. Die von ihm gefundene erhöhte Reflexdisposition besteht nicht für das Säuglingsalter, ist sie vorhanden, so muss sie als pathologisch angesehen werden. — Bei Magendarmerkrankungen sollen es bakterielle Gifte sein, welche die Krämpfe erzeugen, bakterielle Zersetzungen des Inhalts des Darmkanales. Jaksch beschuldigte das Aceton, Baginsky das NH_3. Das hat sich aber als falsch erwiesen. Ob bei Affektionen der Leber Autoinfektionen vorkommen, ist fraglich. Es ist sicher, dass bei schwerkranken Säuglingen oft Degenerationen der Leber, ebenso auch der Nieren vorkommen, näheres darüber ist noch nicht bekannt. Dann hat man angenommen, dass die Krämpfe im Beginne der akuten Infektionskrankheiten als Analoga für den initialen Frost im späteren Lebensalter einsetzten, eine Annahme, deren Richtigkeit zweifelhaft ist. Pneumonie und Bronchitis capill. neigen besonders zu initialen Krämpfen. Ebenso treten bei Keuchhusten und nach laryngospastischen Anfällen leicht Krämpfe auf. — Für manche Fälle von Krämpfen ist die Wasserverarmung der Gewebe verantwortlich zu machen, wie dies Versuche bewiesen haben. — Ein Zusammenhang zwischen florider Rhachitis und Eklampsie besteht wahrscheinlich nicht.

An diese beiden Referate schliessen sich 2 Vorträge eng an, nämlich Prof. Ganghofner (Prag): Ueber Laryngospasmus und

Digitized by Google

Tetanie der Kinder. Nach G.'s Beobachtungen wird bei Laryngospasmus selten die Tetanie vermisst, während dies andere Autoren nicht fanden, was wohl daher rühren mag, dass die Symptome der obligaten Latenz — wozu er das Facialisphänomen und die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven rechnet — verschiedenartig gedeutet worden. Diese obligaten Latenzsymptome sind oft nur sehr kurze Zeit nachweisbar oder äussere Umstände veranlassen einem, auf Konstatierung der Phänomene zu verzichten. In 58 % seiner Fälle (105) von Laryngospasmus waren Symptome der Tetanie vorhanden, bei Loos in 54 %. Umgekehrt war in 76 % seiner Fälle von Tetanie Laryngospasmus vorhanden. Die Coincidenz beider Affektionen, die einen bestimmten Krankheitszustand ausmachen, ist also nachgewiesen. Dazu gehört wohl auch die Eklampsie, denn in seinen Fällen von L. war 39 mal die E. vorhanden. Fast alle seine Fälle von L. hatten Rhachitis, aber viele davon waren leichteren und mittleren Grades, so dass G. sagt: Beziehungen zwischen R. und L. existieren sicher, aber sie sind so aufzufassen, dass beide aus gemeinsamen Schädlichkeiten resultieren. Digestionsstörungen hat G. öfters bei seinen Fällen gesehen, in ca. 60—70 %, allerdings nicht immer hochgradiger Natur. Sie sind aber nicht die eigentliche Ursache der Erkrankungen, wirken aber oft als auslösendes Moment. Obgleich G. mit Phosphor in seinen Fällen oft ganz günstige Erfolge erzielt hat, glaubt er doch nicht wie Kassowitz, hieraus auf einen Zusammenhang von L. mit Rhachitis schliessen zu dürfen.

Dr. Hochsinger (Wien): Ueber Tetanie der ersten Lebenswochen und Monate. Ausser der intermittierenden Tetanie mit den bekannten Erscheinungen der tonischen und klonischen Muskelzuckungen, dem Trousseau'schen Phänomen etc. giebt es bei jungen Kindern auch eine permanente Tetanie, die von Strümpell als nicht zur eigentlichen T. gehörig betrachtet und Myotonie der Neugeborenen und Säuglinge genannt wird. Die Neugeborenen haben eine physiologische Hypertonie ihrer Muskulatur, insbesondere der Flexoren. Zwischen physiologischer und pathologischer Hypertonie gibt es zahlreiche Uebergänge. Bei schwer Darmkranken, bei Dermatosen, bei Kompression des nerv. superfic. intern. gibt es oft Dauerspasmen, Faustkontraktur und Krämpfe. Dieselben bestehen Tag und Nacht fort und haben nie Symptome der eigentlichen Tetanie. Besonders kommt diese Pseudotetanie bei darmkranken Säuglingen der ersten Lebenswochen vor. Es sind nie primär auftretende Krämpfe, sondern sie sind nur der Ausdruck einer Ernährungsstörung des Rückenmarks, die durch die angeborene Muskelhypertonie begünstigt wird. H. hat die Pseudotetanie in ca. der Hälfte seiner Fälle von darmkranken Säuglingen im verflossenen Sommer beobachtet. Bei Kalomelbehandlung liess der Dauerspasmus oft nach. Die Myotonie kommt bei jungen Säuglingen auch im Anschluss an schwere Verbrennungen vor. Die M. tritt fast ausschliesslich in den ersten Lebenswochen auf, hie und da auch später. Sie hängt nicht direkt mit der Jahreszeit und nicht mit Rhachitis zusammen. — In der Diskussion über die vorstehenden Vorträge bemerkt Escherich (Prag); Es kommen sicher Krämpfe auf tetanischer Grund-

Digitized by Google

lage vor, besonders bei pastösen d. i. blassen, anämischen Kindern mit hochgradig entwickeltem Fettpolster. Eine ganze Reihe von Fällen von Eklampsie ist als Tetanie aufzufassen, welche Formen eine günstige Prognose abgeben. Diese Fälle sind oft als Stoffwechselanomalien aufzufassen. Die Myotonie Hochsinger's lässt sich nach seiner Ansicht nicht als eine Krankheit sui generis auffassen. — Soltmann (Leipzig): Seine Hypothese von der erhöhten Reflexthätigkeit im Säuglingsalter hält er aufrecht und wird dieselbe durch das klinische Verhalten des Neugeborenen und Säuglings bestätigt. Er hält diese erhöhte Reflexthätigkeit für die causa physiol. interna, zum Ausbruch der Krämpfe gehört dann noch eine causa externa. Sicher spielen hier Stoffwechselprodukte eine hervorragende Rolle. Die Myotonie als eigene Krankheit aufzustellen, hält auch S. nicht für opportun. Wenn das Gehirn durch Blut überladen wird, so entstehen Krämpfe. — Pott (Halle): Bei Kindern mit Eklampsie muss man den Familien, aus denen sie stammen, nachforschen, und man findet dann häufig, dass sie psychisch belastet sind oder der Alkoholismus eine grosse Rolle spielt. — Baginsky (Berlin): Tetanie und Eklampsie hängen sicher zusammen, aber nicht jeder Laryngospasmus hängt mit Tet. zusammen. Phosphor ist zwar kein souveränes Mittel, er wirkt aber gegen die tetanischen und spasmodischen Erscheinungen fast momentan. — Fischl (Prag): Laryngospasmus, Tetanie und Convulsionen sind Positiv, Komparativ und Superlativ. Rascher Fieberabfall ist imstande, Krämpfe zu erregen. Phosphor, speziell der Phosphorleberthran, wirkt oft wunderbar bei Tet. Das Faustphänomen Hochsinger's hat F. nie gesehen. — Ganghofner: Die Arthrogryposis Hochsinger's ist keine eigentliche Tetanie. Dass Glottiskrampf bei Tetanie nicht jedesmal eine Rolle spielt, ist sicher. Eine Theorie der Phosphorwirkung kann man auf Grund der praktischen Erfahrungen bis jetzt noch nicht aufstellen. — Hochsinger: Es giebt eine echte intermittierende und eine persistierende Tetanie, das ist sicher; ferner giebt es sicher Fälle von Laryngospasmus, bei denen nie ein Tetaniesymptom nachweisbar ist. Der P. wirkt bei L. sehr gut, weniger ausgesprochen bei Tet., gar nicht bei permanenten Dauerkontrakturen. — Sonnenberger (Worms): Magendarmkrankheiten spielen bei der Aetiologie der Krämpfe eine grosse Rolle, wie schon verschiedentlich hervorgehoben worden ist, und da liegt es doch sehr nahe, auf die Nahrung der Säuglinge, insbesondere die Kuhmilch, als causa zurückzugreifen. Chemische Noxen, die z. B. durch die Fütterung in die Milch gelangt sein können — wie sich dies ziemlich häufig ereignet —, lösen dann öfters die Krämpfe aus und diese sind in derartigen Fällen als echte chemische Intoxikationen aufzufassen. Viele Fälle von angeblichen Autointoxikationen erklären sich derart. Der P. wirkt als Nervinum, wie dies schon vor langer Zeit von den Franzosen behauptet worden ist und wird derselbe in einer Arbeit von Hartcop z. B. auch als vorzügliches Mittel gegen Hysterie empfohlen. Wir sind erst auf dem Umwege der Rhachitis zur Anwendung des P. gelangt. — Heubner (Berlin): Eklampsie und Laryngospasmus können sicher in Epilepsie übergehen, wie er beobachtet hat. CO_2-Intoxikationen kommen bei kapillärer Bronchit. öfters vor. — Lange: Bei der Aetiologie der Eklampsie

Digitized by Google

tritt die Reflextheorie Soltmann's gegen die Intoxikationstheorie neuerdings sehr zurück. Der Phosphor wirkt als intensives Nervinum nach Annahme der Neurologen, und vollständig unabhängig von Rhachitis. — Thiemich: Stoffwechselanomalien spielen sicher bei Eklampsie eine bedentende ätiologische Rolle. Eine physiologische Reflexdisposition der Säuglinge gibt es nicht, will man eine solche Disposition annehmen, so ist sie eine pathologische.

Die Referate über Sepsis im frühen Kindesalter von Dr. Finkelstein (Berlin) und Dr. Seiffert (Leipzig) boten eine Fülle von wissenschaftlichem Material von rein theoretischem Interesse, aber nur wenig, was für die Praxis von erheblichem Werte wäre. Finkelstein berichtet über eigene Erfahrungen betreffs der Sepsis, die er auf der Heubner'schen Klinik gemacht hat. Wir unterscheiden bakteriämische und toxikologische Sepsis. Für die Diagnose „Sepsis" ist ein tiefer in die Gewebe eingreifender Entzündungsvorgang Vorbedingung. 2 Gruppen von S. im Säuglingsalter: 1) Wundinfektionen; 2) von den Schleimhäuten ausgehende Infektionen. Die ersteren sind die überwiegend häufigeren und gehen meist von der Haut aus (Nabelwunden, Rhagaden, Dekubitalstellen etc.) Ziemlich dunkel liegen noch die Verhältnisse bei der 2. Gruppe. Die von der Nase, Mundschleimhaut und den Tonsillen ausgehenden septischen Prozesse sind selten. Im 2. Halbjahr kommt aber schon manchmal eine vom Pharynx ausgehende Toxämie vor, die meist sehr schwer ist und in vielen Fällen auch zum Tode führt. Vom Ohr gehen häufig lokale Entzündungen in diesem Alter aus, hingegen hat F. nie eigentliche septische Prozesse während derselben gesehen. In den tiefer gelegenen Respirationswegen sind es besonders ausgedehnte pneumonische Infiltrate, die die Tendenz haben, im Säuglingsalter auf benachbarte seröse Häute überzugreifen und Allgemeininfektion zu veranlassen. Mischinfektionen, die sich an Influenza, Bronchitis, Pneumonie anschliessen. Höhere Wichtigkeit hat die Gefahr der Sepsis vom Harnapparat aus. Colicystitis ist besonders häufig bei weiblichen Individuen, daran knüpfen sich oft ascendierende Pyelitis, Nierenabscesse und Bacteriämie. Das Hauptinteresse besteht bezüglich der Darmaffektionen in ihrem Verhältnis zur Sepsis. Es herrschen über diese Verhältnisse noch sehr verschiedenartige Anschauungen. Seine eigenen Versuche und Beobachtungen haben Folgendes ergeben: Leichte dyspeptische Veränderungen der Stühle können schon als Folge mässiger fieberhafter Alterationen auftreten. Andrerseits kann selbst hohes Fieber tagelang mit normalen Stühlen verlaufen. Kinder im 1. Vierteljahr haben bei Fieber häufigere Stuhlentleerungen. Das sind aber nicht immer Toxinstörungen. Das Fieber kann an und für sich derartig veränderte Bedingungen schaffen, dass es zu Zersetzungen innerhalb des Darms kommt. Wenn sich aber die septische Toxinresorption zu einer Allgemeinvergiftung steigert, so bleiben die Darmstörungen nie aus, sei es aus toxämischen oder aus bakteriämischen Ursachen; dabei Somnolenz, choleraähnliche Anfälle. Solche Fälle sind akute primär septische Prozesse, beruhen öfters auf Metastasenbildung und bieten dann namentlich ein schweres Bild reiner Intoxikation, wobei die gastroenteritischen, choleraähnlichen Erscheinungen

Digitized by Google

in den Vordergrund treten — Anorexie, Erbrechen, Diarrhöen, Simgultus, Somnolenz, schweres septisches Fieber. —

Die Blutuntersuchungen solcher meist im 1. Vierteljahr stehender Kinder haben ergeben, dass in ca. 50 % im Leben und nach dem Tode das Blut steril war; in den übrigen Fällen wurden Staphylococc. aur. und alb., pyocyan., Bact. col. gefunden. Diese Untersuchungen beweisen, dass die Gastroenter. bei derartigen Kindern als Allgemeinintoxikation, nicht als Allgemeininfektion aufzufassen ist. Daneben hergehende Pneumonien, Furunkulose etc. sind sekundären Ursprungs. Unter solchen Umständen können sonst harmlose Bakterien schädlich werden. Das umgekehrte Verhältnis, dass Darmerkrankungen im Säuglingsalter Sepsis hervorrufen, ist selten. Nur bei schwerer membranöser Enterit. und bei Streptococcen-Enterit. können schwere septische Allgemeinerscheinungen auftreten. Das Bact. col. geht vom Darm aus selten in das Blut über. — Corref. Dr. Seiffert (Leipzig) schildert eingehend die bei Sepsis von ihm aufgenommenen pathologisch-anatomischen makro- und mikroskopischen, sowie die Blutbefunde in vivo, auf die ich hier nicht näher eingehen will. S. theilt die Sepsis in 3 Gruppen: 1) die chemischen Vergiftungen durch eigentliche Sepsis, Bakterientoxämie bei nekrotischen Prozessen, schlecht behandelten Nabelwunden, bei Decubitus, Furunkulose, Ekzem. 2) Eigentliche Septikämie, Blutvergiftungen, Allgemeininfektionen durch das Wachstum und die Lebensäusserungen von pathogenen Keimen — meist Streptococcen — im circulierenden Blut, ohne dass es zu organischen Veränderungen kommt; nicht seltene Veranlassungen dieser 2. Gruppe geben die Nabelwunden ab, sodann von Schleimhäuten ausgehende Phlegmonen, Erysipele. 3) Pyämie, Infektionen, bei welchen von der veränderten Infektionsquelle aus eindringende Organismen zu charakteristischen Veränderungen der Gewebe (Metastasen, Thrombosen, Embolien) Veranlassung geben; so bei den Nabelwunden, Infektions- (Scharlach, Masern etc.) — Lungen- und Darmkrankheiten,

An diese Referate schloss sich ein Vortrag von Dr. Spiegelberg (München): Zur Frage nach den Entstehungswegen der Lungenentzündungen magendarmkranker und septisch-kachektischer Säuglinge an. Sp. berichtet über die bakteriologischen Befunde bei 30 Fällen von Magendarmerkrankungen mit Pneumonien, wobei es sich nicht um sekundäre Lungenentzündungen, wie solche bei Infectionen öfter vorkommen, sondern um spezifische Bakterienbefunde, nämlich Streptococcen, handelte, welche die Pneumonien veranlassten.

Ein hervorragendes praktisches Interesse bot das Referat von Prof. Rille (Innsbruck): Ueber die Behandlung des Ekzems im Kindesalter. R. giebt in seinem Referate die Behandlungsmethoden des Ekzems an, die sich ihm am besten bewährt haben. Er bespricht zuerst die Differentialdiagnose, ferner die Aetiologie. Bezüglich der Therapie sind wir beim Ekzem ziemlich gut bestellt. Seit Hebra ist die Behandlung eine vorwiegend lokale, externe, die noch mehr an Boden gewonnen hat, seitdem die parasitäre Natur des E. durch Unna und seine Schüler in den Vordergrund gestellt wird. Immerhin soll man die interne Behandlung nicht vernachlässigen, so bei anämischen

Digitized by Google

Zuständen Chinin, Eisen etc. geben, bei Verdauungsstörungen die Nahrungsaufnahme regeln etc. Die lokale Behandlung erfordert bei Kinderekzem im allgemeinen dieselben Mittel, wie beim Ekzem der Erwachsenen, nur soll man die milderen Mittel wählen, daher möglichst vom Theer und seinen Derivaten, dem Chrysarobin, Naphtol etc. absehen, um so mehr als die Prognose bei Kindern eine absolut gute, besser als bei Erwachsenen ist. Die endgiltige Heilung kann sich dabei allerdings Wochen und Monate hinausschleppen. Ein Hauptpunkt bei der Behandlung ist der, dass die Verbände möglichst exakt angelegt werden. Die einfachste Form des E., das E. Intertrigo, behandelt man durch Bedeckung der aufeinanderliegenden Hautfalten mit Wattebäuschchen, dann Anwendung der Streupulver, wobei den mineralischen der Vorzug vor den pflanzlichen zu geben ist, also Talcum, mit Zinkoxyd, Wismuth, Dermatol etc., bei Fettleibigen, Pastösen Bleiwasserumschläge, Umschläge mit schwachen Ichthyollösungen. Bei schwer kranken Kindern kommt ein E. gangränosum auf dem Boden des E. Intertrigo vor: Reinhaltung, Beförderung der Schorfabstossung, rasche Granulation durch Salben und antiseptisches Streupulver. Vor Sublimatumschlägen (0,05 : 100,0) oder -bädern ist bei Kinderekzem, besonders des Kopfes, zu warnen wegen der Hautreizung. — Streng genommen nicht zum E. gehörend ist das durch den Bacill. pyocyan. hervorgerufene Ecthyma, Pusteln am mons veneris, der unteren Bauchhälfte. Kommt ausschliesslich bei Kindern mit herabgekommenem Ernährungszustande, so bei Keuchhusten mit lobulären Pneumonien vor. Meist erfolgt der Exitus. Behandlung wie beim E. gangraenos. — Das E. sudamin. oder miliar. wird in den einfacheren Formen so behandelt wie das E. I. In höheren Graden Salbenpasten, besonders die Lassar'sche Zink-Vaseline-Amylumpaste. — Acute arteficielle E., die bei Erwachsenen häufig vorkommen, sind bei jüngeren Kindern selten, bei älteren kommen sie schon öfter vor. Die Anwendung von Fett ist hier schädlich. Bepinselung mit spirituösen Flüssigkeiten (Spir. Vin. gallic., in dem Salicyl-, Bor-, Karbolsäure gelöst ist; darüber kann man irgend ein Streupulver schütten. Bei E. vesiculosum oder pustulosum muss man Lassar'sche Paste einpinseln, darüber eine Decke mit Amylum. Bei derartigen Ekzemen des Gesichtes und Kopfes mit Anschwellung der Augenlider wende man zuerst die Antiphlogose durch einfache Kaltwasserumschläge, besonders aber solche mit Liq. Burow. an. Das E. crustos. und impetiginos. ist das prognostisch ungünstigste, bei seiner Behandlung ist die exakte Entfernung der Borken die Hauptsache; wenn sie leicht ablösbar sind, geschieht dies am besten auf rein mechanischem Wege, mittels Oel oder Leberthran. Gazekompressen mit Borlösung oder Liq. Burow., welche mit Guttaperchapapier und Binden fixiert werden. Bei impetiginösen und nässendem E. kann man nach Ablösung der Krusten das frisch zubereitete Ungt. Diachyl. Hebr. oder Ungt. Vaselin. plumbic. oder sehr zweckmässig Ungt. Zinc. oxydat., Ungt. Diachyl. verwenden. Sehr gut ist bei dieser Form die Burghardt'sche Behandlung, die im Prinzip in Bepinselung der nässenden Stellen mit 1 bis 3 bis 10 % Lapislösung (oder Bedeckung mit 2—3 % L.-Salbe) und weiterer Behandlung mit Diachylonsalbe besteht. Bei Kopfekzemen

Digitized by Google

sind Wismuth und weisse Präcipitatsalben zu empfehlen. Bei allen Ekzemen der Kinder leistet eine 0,5—1 % Salicyl-Lanolin-Vaselinesalbe ausgezeichnete Dienste, 2 mal tgl. mittels Lint aufzulegen. Jede Salbe soll in dem Moment ausgesetzt werden, in dem die Neubildung von Krusten sistiert, sonst entstehen leicht arteficielle hartnäckige Ekzeme. Dann wären erwähnenswert die neueren Mittel Xeroform, Tannoform. Theerpinselungen sind bei Kindern nicht ratsam, höchstens kann man bei schuppigen chronischen Ekzemen das Ol. Rusc. anwenden. Ein gutes Mittel bei diesen Formen ist das Anthrarobin in 30 % Lösung, suspendiert in Tct. Benz., ebenso das Tumenol, auch Anthrarobin mit Tumenol als Einpinselung. Bei chronischem hypertrophischem E. 3—4 malige Applikation von Ungt. Wilkinson. mit indifferenter Salbe. Die Lassar'sche Zinkpaste kann bei allen Formen angewendet werden. Ferner sind zweckmässig das Zinköl, besonders bei E. des behaarten Kopfes, die Gelatinepräparate, sie stehen aber doch erst in 2. Reihe. Beiersdorf'scher Zinkleim recht empfehlenswert. Salbenleime, Collunguenta. Dann Pflaster: Salicylsäureseifenpflaster bei trockenem chronischem E., 5% Anthrarobinpflaster bei infiltrirtem trockenem E. L. macht zum Schluss noch einige Angaben für die verschiedenen lokalisierten Ekzemformen: Bei Kopfekzemen ist besonders auf Pediculi zu fahnden, welche circumscripte Pusteln verursachen. Es müssen dann zuerst die P. mittels Petroleum, Sabadilla und Luftabschliessung entfernt werden, während die Haare bleiben können. Bei anderen Kopfekzemen Haare möglichst kurz abschneiden! Bei Gesichtsekzem ist besonders die Lapissalbe empfohlen worden. Exakt angelegte Verbände! Bei Augenlidekzem muss besonders die Conjunctivitis behandelt werden. Bei Blepharospasmus 3 mal tägl. Eintauchen der Augen in kaltes Wasser. Bei E. der Nase Lapislösung, weisse Präcipitatsalbe. Bei Lippenekzem Glyzerinleim. Bei Gesichtsekzem ist die Vaccination zu unterlassen, weil es sonst zu generalisierter Vaccine kommen kann, die leicht Narben hinterlässt. Beim Auftreten von akuten fieberhaften Exanthemen sieht man oft ausgebreitete Ekzeme schwinden oder sich erheblich bessern. — In der Diskussion weist Trumpp (Dresden) darauf hin, dass bei Kindern die Ekzeme oft deshalb schwerer heilen, weil sie sehr kratzen. Er zeigt Schutzärmel vor, die das Kratzen verhindern sollen. — Hochsinger: Bei der Ekzemtherapie besteht ein wichtiger prinzipieller Unterschied hinsichtlich des Alters der Kinder. In der frühesten Säuglingsperiode soll man das E. Intertrigo nicht mit Pulvern, sondern mit Zinköl behandeln, so lange es nässt, in der späteren Periode, wenn es nicht mehr nässt, mit 5 % Ichthyolsalbe. Bei Ecthyma gangraen. Umschläge mit $^1/_4$ % Ichthyolwasser. Vor absperrenden Verbänden ist im Kindesalter bei allen Dermatosen zu warnen wegen der Intoxikationsgefahr. Jodoform und Karbol sind im Kindesalter zu verwerfen. Bei Kopfekzem ist folgendes Verfahren einfach und sicher: Der Kopf wird mit reinem warmen Oel begossen, darüber Guttaperchapapier, die Krusten lösen sich ab, der Kopf wird dann öfters eingefettet. — Neuberger (Dresden) hat 60 Fälle von Kinderekzem innerlich mit Arsen behandelt und dauernde Erfolge erzielt in vielen Fällen, die vorher vergebens mit äusserlichen Mitteln behandelt worden

Digitized by Google

waren. So günstig wie Rille die Prognose stellt, liegt dieselbe nicht bei chronischem E., es giebt sehr oft Recidive, die durch Arsen vermieden werden. — v. Ranke wendet auf seiner Klinik ein sehr einfaches, sicheres Verfahren bei E. an: Bleiwasserumschläge als Hauptsache, geht es damit nicht, dann Lassar'sche Paste. Hier und da kommt bei E. auch einmal ein Todesfall vor, so bei seinen 464 Fällen immerhin 18 Todesfälle, darunter 3 mit stat. lymphat. — Baginsky weist darauf hin, dass, je einfacher man die Behandlung des Kinderekzems gestaltet, desto besser und sicherer man zum Ziel gelangt. — Sonnenberger: Bei allen Behandlungsarten des E. ist die konsequent durchgeführte Methode die Hauptsache; deshalb gelangen auch die Kliniker viel rascher mit den verschiedensten Behandlungsweisen beim Kinderekzem zum Ziel, als die praktischen Aerzte, die vieles wie das Anlegen der Verbände etc. den Müttern überlassen müssen. — Unna (Hamburg): Bei der Behandlung des E. sind 2 Mittel ausgezeichnet: Die Zinkschwefelpaste und der Zinkichthyol-Salbenmull. Mit der Hebra'schen Salbe kommt man wohl auch zum Ziel, aber nur langsam. Gegen das Kratzen lässt U. Manschetten aus Mull umbinden. — Soltmann: Die Heilung bei E. erfolgt leicht, aber die Recidive kommen sehr häufig vor. Ein alter Grundsatz, der für den praktischen Arzt die Direktive für die Behandlung des E. abgeben soll, ist der, trockene E. feucht (Theer mit Leberthran, Fett; 3 % Salicylvaseline); bei pruriginösem E. chronic. tgl. eine subcutane Injektion von 2 % Carbollösung, wodurch der Juckreiz leicht schwindet), nässende E. trocken (Talc. und Zink zusammen, Waschungen mit Liq. Alum. acet., nie Salben) zu behandeln. Bei infiltriertem E. ist der Liq. Alum. acet. sehr gut. Bei Augenlidekzem Ungt. ophthalmic., Kopfdouche. Eine interne Behandlung ist bei dem recidivirenden E. wohl nötig; bei Rhachitis und Skrophulose mit chronischer Stuhlverstopfung Karlsbader Wasser oder Molke, ausserdem bei dem chronischen E. Levicowasser, also eine Arsenbehandlung. — Rille wollte in seinem Referat nur das bringen, worüber er eigene Erfahrung besitzt, und diese hat er über die interne Arsenbehandlung nicht, ebenso nicht über die externe Schwefelbehandlung, wobei er darauf aufmerksam machen will, dass sich Leute durch Schwefelsalbe ja oft artificielle Ekzeme zuziehen. Sein Material war auch poliklinisches, ebenso solches aus der Privatpraxis. Hebra'sche Salbe ist sicher ein sehr gutes Mittel. Karbol möchte er nicht injicieren, wohl kann man aber älteren Kindern Karbolpillen verabreichen. (Schluss folgt.)

Referate.

Behandlung der akuten Larynxstenose bei Kindern. Von E. Comba und Simonetti. (Wiener medic. Blätter No. 38, 1899.)

C. und S. haben mehrere Hunderte von Kindern mit akuter Larynxstenose behandelt und kamen zu folgenden Schlüssen: 1) Die Behandlung mit Serum ist bei allen Lokalisationen der Diphtherie einzuleiten, vorzugsweise aber bei der Larynxstenose, bei welcher noch

Digitized by Google

Anwendung von Wasserdampf und Klysmen mit 1—3 g Bromkalium auf 50—100 g Wasser empfehlenswert ist. 2) Die Intubation ist bei akuter Larynxstenose indiciert, wenn das Leben des Kindes gefährdet ist; später kann eine Tracheotomie ausgeführt werden. 3) Bedingungen für die Zulässigkeit der Intubation sind: hinreichende Expektorationskraft, Fehlen dicker Pseudomembranen oder eines reichlichen eitrig-schleimigen Sekretes in den Respirationswegen. 4) Indikationen zur sekundären Tracheotomie sind: Anwesenheit von Pseudomembranen in den Respirationswegen, Bronchopneumonie mit reichlichen eitrig-schleimigen Sekret, häufige Autoextubation, Unmöglichkeit der Extubation nach 2—3 mal wiederholter, 24—36 Stunden dauernder Intubation. 5) Die Tracheotomie ist in schweren Fällen von Larynxstenose der Intubation vorzuziehen, wenn die Patienten sterbend dem Arzte überbracht werden, da eine Verstopfung des Tubus durch Pseudomembranen die eventuell nötige künstliche Respiration illusorisch machen würde.

Dr. Goldbaum (Wien).

Ueber den Emulsionszustand des Fettes in der Gärtnerschen Fettmilch. Von Dr. J. Brudzinsky. (Therapeutische Monatshefte, September, 1899.)

Ein vielfach der Gärtnerschen Fettmilch gemachter Vorwurf ist, dass durch die Centrifugirung der feine Emulsionszustand des Fettes aufgehoben, die Milch gleichsam ausgebuttert werde. Br. hat darauf hin an der Grazer Klinik die verschiedenen Milcharten, Vollmilch, Fettmilch, roh, gekocht, sterilisiert, frisch und nach längerer Aufbewahrung, ferner Frauenmilch und verschiedene Milchsorten nach dem Verweilen im Magen des Säuglings — untersucht, und zwar mikroskopisch auf den Zustand der Fettkügelchen. Das Ergebnis ist, dass Centrifugirung keine Veränderung schaffe, Sterilisirung bei Milch und Fettmilch ebensowenig, höchstens bei langem und wiederholtem Verfahren. Dagegen beobachtete er ein Ausbuttern beim Versandt von Milch durch mehrstündige Eisenbahnfahrt. Hier liegt die Ursache in dem schon von Biedert betonten Umstand, dass starke und lange Erschütterungen die Aufhebung der Emulsion veranlassen, die trotz des Schmelzpunktes der Milchfette von 19—24° für gewöhnlich hintangehalten wird. Gleichzeitige Ausnützungsversuche hatten ein sehr günstiges Ergebnis.

Spiegelberg (München).

Ichthalbin in der Kinderheilkunde. Von Th. Homburger. (Ther. Monatsh. 1899, 7.)

Das völlig unschädliche und in Form von Chocoladepulver und Tabletten fast geschmacklose Ichthalbin kann ohne jegliche Beschwerden verabreicht werden in Dosen von 0,05—0,3 je nach dem Alter des Kindes. In wenigen Tagen werden nässende Ekzeme in trockene verwandelt, selbst wenn äussere Mittel nicht zum Ziele führen. In Gemeinschaft mit den sonst gebräuchlichen äusseren Medicamenten beschleunigt Ichthalbin die Heilung der trockenen Ekzeme, befördert die Rückbildung der häufig im Kindesalter in Begleitung schwächender Krankheiten auftretenden multiplen Furunkulose. Bei Krankheiten,

Digitized by Google

welche den Kräftezustand besonders in Anspruch nehmen, z. B. bei chronischen Pneumonien, Skrophulose, chronischen Darmkatarrhen bewirkt das Mittel unter Hebung des Appetits eine bemerkenswerte Zunahme des Körpergewichts. Verf. empfiehlt die Anwendung auch in der durch Appetitlosigkeit und Schwächezustände erschwerten Rekonvalescenz nach fieberhaften Krankheiten. Von Darmkatarrhen werden chronische günstig beeinflusst, akute und subakute sind der Einwirkung weniger zugänglich.

v. Boltenstern (Bremen).

Gesundheitspflege.

Schulärztliches. Von Prof. Dr. v. Esmarch. (Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege, 1899, Nr. 7.)

Als im Sommer 1897 Prof. Kuhnt in Königsberg feststellte, dass in den dortigen Schulen die Granulose (Trachom) in erschreckender Weise verbreitet war, wurden seitens der Stadt eigene Trachomärzte angestellt. Bald ging man dazu über, diesen allgemein schulärztliche Befugnisse zu geben; es wurden zunächst zehn Aerzte angestellt. Ihr Regulativ schloss sich eng an das in den Wiesbadener Schulen (S. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1899 Nr. 4) bereits erprobte an.

§ 5 der Königsberger Dienstanweisung für die Schulärzte bezeichnet als eine ihrer Aufgaben „eine zwei mal im Jahre vorzunehmende Untersuchung der gesamten Schulräume auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit unter Zuziehung des Schulleiters sowie des zuständigen städtischen Baubeamten.“ Die Anwesenheit des Letzteren bei den Revisionen (in Wiesbaden nicht vorgesehen) ist behufs leichterer Ausführung der nötigen schultechnischen Verbesserungen sehr erwünscht.

Gelegentlich der ersten dieser Schullokaluntersuchungen besichtigte E. 312 Volks- und Bürgerschulklassen. Das Erste, was bei dem Betreten einer besetzten Schulklasse aufzufallen pflegte, war die mehr oder weniger schlechte Luft. Nur in wenigen Klassen war die Luft nach der Schulstunde erträglich, meist schlecht, in einzelnen Räumen geradezu entsetzlich.

Eine der Hauptursachen dieser Luftverschlechterung ist die mangelnde Körperreinigung und der in den Kleidern befindliche Schmutz. Ganz besonders dunstreich sind die dicken Winterüberkleider, die fast durchweg in den Klassen aufgehängt gefunden wurden. Durch Bekleidung von Korridorwänden mit Kleiderriegeln und durch Aufstellung von beweglichen Kleiderregalen konnte alsbald dieser Mangel wenigstens teilweise beseitigt werden.

Die auch von den Unterkleidern und der Haut ausgehende Luftverschlechterung wäre wirksam durch Schulbäder zu bekämpfen. Einige Schulen in Königsberg haben solche bereits eingeführt und sie haben sich vorzüglich bewährt.

Ferner ist auf eine richtige, periodische oder permanente Ventilation hinzuarbeiten. Am einfachsten ist das Oeffnen der Fenster in den Pausen auf 3—5 Minuten. Es müssen aber sämtliche

Digitized by Google

Fenster und die Thüren offen sein. Weniger wirksam und ratsam ist die Lüftung während der Schulstunden durch Oeffnen einzelner Fensterflügel oder durch obere Klappfenster. Die vielfach übliche Ventilation durch Rohre, welche durch eine Klappe mit den Schulzimmern in Verbindung stehend bis über das Dach hinaus verlaufen, erwies sich als durchaus unzulänglich.

Die mit der Ventilation eng zusammenhängende Frage der Heizung war meist mangelhaft gelöst. Die fast ausnahmslos vorgefundenen Kachelöfen sind nicht genügend regulierbar. Denselben Fehler zeigten die eisernen Oefen. Als brauchbar erwiesen sich die Gasschulöfen. In sechs Schulen fand sich Zentralluftheizung. Da diese zugleich die Ventilation der Schulräume besorgt, ist sie jeder andern Heizung vorzuziehen, vorausgesetzt, dass sie richtig angelegt ist und gut funktioniert. Ungenügend ist sie, wenn z. B. die Heizkammern zu klein sind, die Abluftkanäle falsch münden, die Klappen fehlerhaft gestellt sind etc.

Ein ferneres, wichtiges Kapitel ist die Beleuchtung der Klassen. Diese wurde oft als ungenügend befunden. Gründe hierfür waren unzureichende Grösse der Fenster, zu grosse Dicke der Rahmen und Sprossen, Lage nach dunklen Höfen zu, vor den Fenstern stehende Bäume. Durch hellen Anstrich der Decken und Wände sowie der gegenüberliegenden Hofwände lässt sich hier mit einfachen Mitteln viel erreichen. Vielfach verdeckten nach oben zusammengezogene Vorhänge den obern Fensterabschnitt, also die beste Lichtpassage. Praktischer ist es, den Vorhang nach einer Seite zu ziehen. Wichtig ist auch die Wahl des Vorhangstoffes. Die fast durchweg üblichen gelben Leinenvorhänge nehmen wegen ihrer Dicke zu viel Licht weg. Besser ist weisser Shirting oder Köper.

Nicht selten findet man in den unteren Teilen der Fenster matte Scheiben zu dem Zwecke, den Ein- und Ausblick zu verhindern. Derselbe Zweck lässt sich mit geringerer Beeinträchtigung der Beleuchtung durch Scheiben aus Riffelglas erreichen. —

An Subsellien wurde meist die alte preussische Volksschulbank mit ihrer bedeutenden Plusdistanz, den schmalen Tischen und der meist falschen Differenz vorgefunden. Wie eine Schreibprobe lehrte, betrug der Abstand der Augen vom Tisch 5—15 cm, wobei mit schiefem Kopfe der linke Arm in der typischen Weise vorgeschoben wurde. Gesteigert wurde diese Haltung noch durch die übliche Schrägschrift bei gerader Heftlage. Die Orientierung der Lehrer in dieser Frage erwies sich als sehr lückenhaft, und es muss die dringende Forderung aufgestellt werden, dass sie auf den Seminarien in diese so überaus wichtigen Themata eingeführt werden. In einigen neueren Schulen wurde die von E. modificierte Buchner'sche und die Rettig'sche Schulbank als bestbewährt vorgefunden.

Die in grosser Zahl konstatierten Mängel bezüglich der wichtigsten hygienischen Erfordernisse beweisen, wie notwendig die Anstellung von Schulärzten ist und wie viel sie nützen können.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Digitized by Google

Rezensionen.

Lehrbuch der Geburtshilfe. Von Prof. Dr. F. Ahlfeld. 2. Aufl. Mit 338 Abbildungen und 16 Curventafeln im Text. Leipzig, F. Wilh. Grunow, 1898.

Das Lehrbuch der Geburtshilfe des berühmten Marburger Professors ist nicht nur dazu bestimmt, Anfänger in die Geburtshilfe einzuführen, sondern es soll ebenso dem praktischen Arzt ein gewissenhafter Berater in schwierigen Geburtsfällen wie ferner dem wissenschaftlich weiter arbeitenden Spezialisten behilflich sein, wichtige Tagesfragen an der Hand des kritisch gesichteten Materials der Publikationen bis auf die neueste Zeit zu verfolgen. Diesen Zweck erreicht das Werk in vollkommenster Weise. Die ungeheure Erfahrung des Verfassers, die in dem Buche in klarer, schöner Sprache niedergelegt ist, die umfassenden Literaturangaben, die zahlreichen instruktiven Abbildungen und nicht zum Mindesten der conservative Standpunkt F.'s, den er in dem Satze, sein Streben ginge dahin, „die Kollegen der allgemeinen Praxis zu überzeugen, wie die neuerdings sich immer mehr ausbreitende Operationslust auf dem Gebiete der Geburtshilfe minder günstige Erfolge bringt, als alte bewährte Methoden, bei denen man auf die natürlichen Vorgänge und Kräfte baut" Ausdruck verleiht — alles dies giebt dem Buche ein eigenes Gepräge und macht es zu einer der hervorragendsten Erscheinungen auf dem Spezialgebiete der Geburtshilfe. Die Ausstattung des Werkes ist eine glänzende. S.

Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1898. Von O.-St.-Arzt Dr. Schill. 5. Jahrgang. Leipzig, B. Konegen, 1899. Preis 4 Mark 80 Pfg.

Der vorliegende Jahresbericht verdient wie die vorausgegangenen das uneingeschränkteste Lob. Mit grosser Umsicht und Sorgfalt hat der Verf. wieder alles, was als ein Fortschritt in der Diagnostik zu bezeichnen ist, zusammengestellt und giebt so dem Praktiker und wissenschaftlich arbeitenden Arzt eine wertvolle Zusammenstellung aller auf Diagnostik bezüglichen Angaben der Litteratur des In- und Auslandes, deren Quellen sich ja oft sehr mühsam auffinden lassen. S.

Lehrbuch der Kinderheilkunde. Für Aerzte und Studierende von Dr. Bernhard Bendix, 1. Assistenten an der Universitäts-Kinderpoliklinik der Königlichen Charité zu Berlin. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1899. Preis 10 M., geb. 12 M.

Der gut ausgestattete Band (546 Seiten) bildet die 2. Auflage des kurzgefassten Handbuchs der Kinderheilkunde, welches 1892 von weil. Prof. Uffelmann (Rostock) veröffentlicht wurde. Wenn es schon unter gewöhnlichen Verhältnissen meistens eine schwierige Aufgabe ist, die litterarische Hinterlassenschaft eines Anderen durch neue Bearbeitung zeitgemäss zu erhalten, so trifft dies für den vorliegenden Fall in besonderem Masse zu. Denn U. hatte sein Handbuch in erster Linie als Dozent der Hygiene geschrieben, und deshalb die Aetiologie und die einzelnen prophylaktisch oder therapeutisch wichtigen hygienisch-diätetischen Massnahmen mehr hervorgehoben, als es bis dahin in Lehrbüchern der Kinderheilkunde üblich war. Die hierdurch bedingten

Digitized by Google

breiten hygienischen Ausführungen glaubte B. mit Recht in der vorliegenden Ausgabe ohne Bedenken einschränken zu dürfen, da „bei unserem modernen Studiengang, in welchem auf Schritt und Tritt Hygiene und Prophylaxe in den Vordergrund gestellt wird, dem Studierenden und jungen Arzte die Hauptprinzipien der Gesundheitspflege sozusagen in Fleisch und Blut übergegangen sind, sodass derselbe im praktischen Leben und am Krankenbett auch danach zu handeln weiss." Dafür hat die B.'sche Bearbeitung den klinischen Gesichtspunkten eine grössere Ausführlichkeit gewidmet als die ursprüngliche.

Die einzelnen Krankheitsbilder sind unter Hervorhebung alles Wesentlichen knapp und klar gezeichnet. Die Hauptpunkte der Aetiologie, pathologischen Anatomie und Symptomatologie kommen dabei in gleicher Weise zu ihrem Recht, wie Diagnose, Prognose und Therapie. Bei Besprechung der letzteren finden sich viele, meistens sehr einfach zusammengesetzte Rezepte in den Text eingeschaltet, welche namentlich Studierenden gewiss ebenso willkommen sein werden, wie vielen älteren Kollegen die zahlreichen bis in die neueste Zeit hineinreichenden Litteraturnachweise am Schlusse jedes einzelnen Kapitels. Augenscheinlich steht der Verf. mit seinen Ansichten — die Fragen der Kinderernährung und der Serumbehandlung bei Diphtherie seien in dieser Beziehung besonders hervorgehoben — vollständig auf dem Boden der Heubner'schen Schule, und schon aus diesem Grunde kann das Lehrbuch einer freundlichen Aufnahme in weiteren Kreisen gewiss sein.

Referent hatte bei der Durchsicht die Empfindung, als ob B., je weiter er mit der Bearbeitung kam, sich immer mehr und besser in seine Aufgabe hineingelebt hätte. Wenigstens haben die ersten Kapitel (das gesunde Kind; Hygiene des Kindes; das kranke Kind im Allgemeinen) auf Ref. nicht denselben einheitlichen und abgerundeten Eindruck gemacht, wie die weiteren Abschnitte, und gerade die Einleitung des Buches scheint mir noch mancher Ergänzung fähig zu sein. Die Krankheiten der Neugeborenen sind in üblicher Weise in einem besonderen Kapitel abgehandelt, welches sich als Anhang zwischen „Krankheiten der Verdauungsorgane" und „Krankheiten der Respirationsorgane" findet; passender wäre seine Einschiebung zwischen die Einleitung und den Abschnitt „Allgemeinerkrankungen" gewesen. Die Auswahl von Krankheiten, welche für diesen Anhang getroffen wurde, ist etwas willkürlich. So finden die Hämatome des Kopfes und der Kopfnicker überhaupt keine Erwähnung, und einige andere Krankheiten, wie Sclerema adiposum, Scleroedema und Pemphigus neonatorum (vielleicht auch Intertrigo) würden m. E. besser in diesem Abschnitt als unter „Krankheiten der Haut" besprochen werden.

Die verschiedenen Punkte, welche sich Ref. bei der Durchsicht des Buches angemerkt hat, will derselbe nicht im Einzelnen erwähnen, da sie entweder Ansichtssache oder von geringerer Bedeutung sind und den Wert der Bearbeitung in keiner Weise herabmindern können.

Wenn der Verf. vor Erscheinen der nächsten Auflage sein Lehrbuch nochmals einer genauen Durcharbeitung unterzieht, dann werden ihm gewiss selbst Stellen genug auffallen, an denen er noch bessernd

Digitized by Google

und ergänzend die Hand anlegen kann. Hoffentlich bleibt ihm dann auch ein ähnliches Missgeschick erspart, dass er, wie diesmal, an zwei Stellen (S. 31 und 32) auf ein besonderes Kapitel „Schulkrankheiten" verweist, welches — — zwar in der ersten Auflage des Buches enthalten war, in der vorliegenden Ausgabe aber von dem Verfasser selbst fortgelassen worden ist. Hahn-Potsdam.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Einen Fall von angeborenem Myxödem stellte in der Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 30. Nov. 1898 Sklarek vor. Das jetzt $16^3/_4$ Jahre alte Mädchen wurde anscheinend normal geboren und entwickelte sich zunächst normal; im Alter von 6 Monaten aber stockte die Entwickelung, so dass es erst mit drei Jahren sprechen und mit sieben Jahren gehen lernte. Später verlernte sie das Gehen wieder völlig und wurde ganz idiotisch. In Dalldorf wurde Fehlen der Schilddrüse konstatiert. Infolgedessen wurde eine Kur mit Schilddrüsentabletten eingeleitet, die sehr günstig wirkte: Der Umfang des Kopfes und des Rumpfes hat beträchtlich abgenommen, die Haare sind gewachsen, das Gehen ist ziemlich gut, die geistigen Funktionen haben sich gebessert; die Vorderfontanelle, die bei der Aufnahme des 16jährigen Mädchens noch offen war, hat sich während der Kur geschlossen. Eine Unterbrechung der Kur liess die Krankheitserscheinungen wieder mehr hervortreten. (Deutsch. med. Wochenschr. 98.) Schmey-Beuthen.

— Tuberkulöses Geschwür am Penis nach Circumcision. Von Neumann. — Am 3. Februar 1899 demonstrierte N. in der Gesellschaft der Aerzte zu Wien ein Kind, bei welchem nach Circumcision am Penis ein tuberkulöses Geschwür aufgetreten ist. Dasselbe sitzt in der Nähe des Frenulum, hat unterminierte Ränder, einen speckig belegten Grund von Pfenniggrösse, die Leistendrüsen sind nussgross geschwellt. Die Ueberimpfung bei dem vorgeführten Kinde dürfte durch den rituell üblichen Modus der Aufsaugung von Seiten des Beschneiders zum Zwecke der Blutstillung zustande gekommen sein. Ausserdem beobachtete N. einen zweiten analogen Fall, welcher ebenfalls von demselben Operateur operiert wurde. Bisher sind in der Litteratur nur ungefähr 10 Fälle bekannt, welche von Lehmann beschrieben wurden, bei denen die Art der Erkrankung, das traumatische Entstehen der Tuberkulose, durch die Circumcision nachgewiesen wird. Auf diesem Wege wird ausserdem, und zwar viel häufiger, die Syphilis übertragen. Goldbaum-Wien.

Rezeptformeln für die Kinderpraxis.

Rp.
Natr. borac 5,0
Naftalan. 45,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

Lysol. 0,5
od. Airol 1,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Kleinere Wunden und Geschwüre.

Digitized by Google

Rp.
Acid. salicyl 1,0
Zinc. oxydat. 5,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.

Rp.
Ungt. Diachyl. Hebr. 30,0
Naftalan. 15,0
Hydrargyr. oxyd. flav. 0,25
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Eczema.
(Naftalan ausserdem sehr gutes Mittel gegen Prurigo, Urticaria, Psoriasis, Scabies).

Rp.
Bismuth subnitr. 3,0
Acid. boric. 1,5
Naftalan. 25,0
Mf. DS. äusserlich.
Kleinere Brandwunden.

Rp.
Styrac. liquid.
Sulfur. praecipit.
Cret. aa 5,0
Naftalan. 30,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Scabies.
(Kölbl)

Kleine Mitteilungen.

Eine vorzügliche Spritze für subcutane Injectionen ist die aseptische Subcutan-Spritze „Unikum" der Verbandstoff- und Präparaten-Fabrik „Colonia" (Dr. Vogt & Piro) in Köln a. Rh. Die Spritze ist ohne jegliches Metall angefertigt, hat nur glatte Glasflächen, daher unter der Wasserleitung leicht zu reinigen und zu sterilisieren. Ein Ansetzen von Grünspan, wie dies bei der gewöhnlichen Pravazspritze zwischen Leder- oder Asbestkölbchen und Metallstempel so oft stattfindet, ist bei der in Rede stehenden Spritze vollständig ausgeschlossen. Der Preis der Spritze ist: für 1 g Inhalt 4 Mark, 2 g Inhalt 5 Mark, 5 g Inhalt 6 Mark, 10 g Inhalt 8 Mark. —

Dieselbe Firma bringt Celluloidröhrchen mit Todtenkopf (Preis pro Stück 75 Pf.) mit luftdichtem Schraubenverschluss zum Nachtragen von Sublimatpastillen in der Westentasche oder im Besteck in Verschleiss. Feuchtwerden oder Verderben der Sublimatpastillen ist ausgeschlossen. —

Prof. Dr. N. R. Finsen's Hämatin-Albumin ist ein aus kräftigem Tierblut hergestelltes eiweisshaltiges Bluterzeugungsmittel, das leicht verdaulich ist, keinen Geruch und Geschmack hat und wegen seines reichen Eisengehaltes die Beschaffenheit des Blutes sehr günstig beeinflusst. Es beschädigt die Zähne nicht im Geringsten, verursacht keinerlei Beschwerden und ist selbst für den schwächsten Magen leicht verdaulich. Selbst ganz kleine Kinder vertragen es vorzüglich. Als Stärkungs- und Nahrungsmittel für Chlorotische und Anämische, Reconvalescenten und Magenleidende dürfte es sich daher vorzüglich einführen. H.-A. ist ein bräunliches Pulver; die Dosis für Kinder ist drei Mal täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Theel. voll (in Milch, Wasser, Bouillon). Es wird hergestellt von Friedr. Feustell Nfl. Chem. Fabrik in Hamburg.

Verlag des „Reichs-Medizinal-Anzeigers" B. Konegen, Leipzig.
Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

X. Jahrg. **Dezember 1899.** **Heft 12.**

Inhalt: Originalien: **Sonnenberger,** Bericht über die Verhandlungen der Section für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1899 (Schluss): Camerer jun., Gewichts- und Längenwachstum der Kinder. — Die chemische Zusammensetzung eines Neugeborenen; Knöpfelmacher, Untersuchungen über Caseïnflocken; Oppenheimer, Ueber Pasteurisierung der Milch; Mellin, Ueber die Wirkung des aus Kinderstühlen gewonnenen Bacterium col.; Pfaundler, Ueber Saugen und Verdauen; Heubner, Ueber Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter. Heim- und Heilstätten; Trumpp, Ueber Intubation in der Privatpraxis; Fischl. Ueber chronische recidivirende exsudative Anginen; Biedert, Die Versuchsanstalt für Ernährung; Soltmann, Ueber Landry'sche Paralyse; Rille, Ueber Creepling disease. — Ueber Dermatitis exfoliativa; Sonnenberger, Ueber eine bisher nicht genügend beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. — Ueber Kindermilch, 270. — **Kühner,** Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder (Schluss), 271. — Referate: **Feder,** Tuberkulose der Schädelknochen, 276. — **Marfan,** Bakterien und Gastroenteritis, 277. — **Sonnenberger,** Säuglingssterblichkeit, 278. — **Sonnenberger,** Kindermilch, 280. — **Haskovec,** Spastische infantile Paralyse, 281. — **Constinesco,** Purpura hämorrhagica, 282. — **Bókay,** Die Prophylaxe der Pertussis, 283. — Gesundheitspflege: Ueber Einführung einer rationellen Schulreform und Unterrichtshygiene. 284. — Rezensionen: **Nitzelnadel,** Leitfaden der Schulhygiene, 285. — **Körner,** Die Hygiene des Ohres 286. — **Baginsky,** Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 6. Aufl. 2. Teil 286. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 287. — Kleine Mitteilungen, 288.

Originalbericht über die Verhandlungen der Abteilung für Kinderheilkunde der 71. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu München vom 17.—23. September 1899.

Von Dr. Sonnenberger, Worms.

(Schluss.)

Dr. Camerer jun. (Stuttgart) spricht über a) Gewichts- und Längenwachstum der Kinder, insbesondere solcher im 1. Lebensjahre und gibt dabei die interessanten Resultate 25jähriger Arbeit (250 Fälle wurden genau beobachtet) insbesondere von Camerer sen. wieder. Auf die Details dieses Vortrages können wir hier nicht eingehen. b) Die chemische Zusammensetzung eines Neugeborenen. Es sind dies die ersten genauen Analysen, die in dieser Richtung (an den Leichen von 3 normalen ausgetragenen Kindern)

Digitized by Google

häusliche Verhältnisse ganz besonders günstiges Material zur Entstehung der T. abgeben, namentlich wenn derartige Kinder bereits Tuberkelkeime in sich tragen. — Die Errichtung derartiger Heimstätten hätte zu geschehen in der Nähe grosser Bevölkerungskomplexe, in einer gesunden waldreichen Gegend. Die Unterhaltung dieser Anstalten würden recht grosse Kosten verursachen, denn die Kinder wären unter Umständen jahrelang dort zu verpflegen, dann müsste für Schulerziehung und sorgfältige ärztliche Ueberwachung zu sorgen sein. — Soltmann: Der Heubner'sche Gedanke ist sehr gesund, es sind ja ähnliche Versuche von einem anderen Gesichtspunkte aus in Pensionaten gemacht worden. Die Gefahr der Hausinfektionen z. B. von Eltern auf Kinder ist sehr gross. Ganz besonders wichtig sind die Heimstätten für Kinder, die zur T. disponiert sind. — Pott: In Halle existiert seit 3 Jahren ein derartiges Rekonvaleszentenheim für Kinder. So lange die Kinder dorten verweilen, sind die Resultate sehr gute, besonders im Sommer; kommen sie in ihre Familien zurück, so weiss man nicht, wie lange die Resultate anhalten. Auch wurde es als Missstand empfunden, dass es sehr schwierig ist, Infektionskrankheiten abzuhalten und thatsächlich wurden schon Scharlach und Diphtherie eingeschleppt. — Baginsky hat direkte Thesen für solche Kinderheimstätten aufgestellt. Prophylaktisch sehr wirksam sind auch die Seehospize. Bei den Kindern verfolgen wir in den Heilstätten andere Zwecke als bei Erwachsenen, denn bei diesen handelt es sich nur um Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, bei Kindern wollen wir absolut Ausheilung erlangen, dieselben müssen daher sehr lange dort bleiben. Wenn diese Gesichtspunkte im Auge behalten werden, so ist die Sache sehr wichtig.

Dr. Trumpp (München): Ueber Intubation in der Privatpraxis. T. erörtert die Frage, ob man die Intubation, die in der Spitalpraxis sicher sehr günstige Erfolge erzielt, den praktischen Aerzten empfehlen soll. Er hält die Gefahren der Extubation, um die es sich hauptsächlich hier handelt — denn die Gefahren des Eingriffes einer Intubation sind sicher verschwindend gegen die der Tracheotomie — nicht für so bedeutend, dass der Arzt beständig bei seinen Intubierten zugegen sein müsse. Er glaubt, dass eine sorgfältige Ueberwachung durch eine geschulte Wärterin genügend sei und immer noch 1—2 Stunden Zeit seien zur Vornahme der Extubation, wenn diese nötig werden sollte. Jeder Arzt solle genügend bekannt sein mit der Technik der Intubation und Tracheotomie, um dann so nach Lage des Falles die eine oder die andere anzuwenden. — In der Diskussion waren die Meinungen geteilt; während Escherich, v. Ranke, Galatti den Ausführungen Trumpps beistimmen, bringen andere Bedenken gegen die Anwendung in der Privatpraxis vor: Soltmann hält einen ärztlichen Permanenzdienst nach der Intubation absolut für erforderlich, Ganghofner und Carstes betonen hauptsächlich, dass der Arzt die Technik der Intubation völlig beherrschen müsse und eine grosse Sachkenntnis dazu gehöre, zu beurteilen, ob ein Fall zur Tracheotomie oder zur Intubation geeignet sei.

Dr. Fischl (Prag): Ueber chronische recidivirende exsudative Anginen im Kindesalter. F. beschreibt eine typische lakunäre Angina

Digitized by Google

die meist im 2. Lebensjahre auftritt, sich öfter in kürzeren oder längeren Intervallen wiederholt, im Puberitätsalter seltener wird oder auch ganz verschwindet. Die Affektion ist hereditär. Es giebt eine individuelle Disposition, dann eine lokale, es sind oft bestimmte Häuser, in oder neben denen Stallungen sind, in denen die Krankheit vorkommt. Die Kinder kommen oft sehr herunter, werden nervös und anämisch. Die Tonsillotomie bringt oft keine besondere Besserung, wie denn überhaupt die Therapie ziemlich machtlos dagegen ist. Es kommen oft recht schwere Fälle vor, Komplikationen mit Bronchialkatarrh, Nephritis, Endocarditis. Es besteht eine grosse Infektiosität, Intubationsdauer ca. 2—3 Tage. Es handelt sich wahrscheinlich um Diplokokkeninfektion. — Pott glaubt, dass chronische Schwellungen der Nasen- und Rachenschleimhaut sehr dabei mitspielen. Sehr nützlich sind monatelange abendliche Einträufelungen von Glycerin in die Nase. Man soll bei chronisehen Schwellungen der Nasenschleimhaut nicht so leicht operiren, hingegen kann man 1—2 mal mit rauchender Salpetersäure ausätzen. — Seitz hat bei derartig häufig auftretenden Recidiven immer Streptokokken gesehen. Therapeutisch nützten ihm monatelange Pinselungen mit Lugol'scher Jodlösung. — Hochsinger ätzt in der anfallsfreien Zeit mit Lapis in Substanz; während des Anfalles lokale Bepinselungen mit Sublimat 1 : 10,000; Kaupastillen sind sehr gut, hingegen nützen Gurgelungen nichts.

Prof. Biedert (Hagenau): Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Notwendigkeit. B. stellt eine Reihe von Thesen auf, in denen er die Aufgaben bezeichnet, die eine Versuchsanstalt für Ernährung, die er für viel dringender erforderlich hält, als eine arzneiliche Anstalt, wie sie von Harnack gefordert wird, zu erfüllen habe. Diese Anstalt sei nicht blos für die Ernährung der Kinder und Erwachsenen von Bedeutung, sondern auch für die Staaten und Städte. In der sich anschliessenden Diskussion, an der sich v. Ranke, Stoos (Bern), Camerer, Schlossmann, Meinert, Escherich, Soltmann beteiligen, wird die B.'sche Idee allgemein als berechtigt anerkannt und zur allgemeinen Agitation für dieselbe aufgefordert.

Prof. Soltmann (Leipzig): Ueber Landry'sche Paralyse. Darunter versteht man einen eigentümlichen Symptomenkomplex, der mit einer apoplektiformen Lähmung der Beine beginnt, sich nach aufwärts verbreitet und nach 14 Tagen bis 3 Wochen zur totalen Lähmung, selbst durch Uebertritt auf lebenswichtige Centren zum Tode führen kann, ohne dass anatomische Veränderungen in den centralen Organen gefunden werden könnten. Er giebt als Erklärung für die Krankheit eine Infektions- und eine Intoxikationstheorie. — Ob Polyneuritis, Beriberi, Kakke, mit der Krankheit identisch ist, ist noch nicht sicher. Man glaubt vielfach, dass die Krankheit auf einer Poliomyelitis beruhe. Besonders interessant ist sie für das Kindesalter, da es für alle diese Erkrankungen einen gewissen Schutz besitzt. Man hat schon oft Besserungen, selbst Heilung bei L.'scher Paralyse gesehen. S. teilt einen Fall von einem 12jährigen Mädchen mit, wo durch eine Schmierkur verschiedene Male erhebliche Besserung herbeigeführt wurde. — Hochsinger erwähnt einen ähnlichen Fall, bei dem Hydragyr. tannic.

Digitized by Google

oxydat., das von Kindern ausgezeichnet vertragen wird, 0,1 g pr. dos. nach 2 Monaten vollständiges Zurückgehen der Lähmung herbeiführte. — Fritsche (Leipzig) hat bei seinem eigenen Kinde, das nach Influenza eine Poliomyelitis acuta bekommen hatte, eine vollständige Heilung nach der Schmierkur eintreten sehen. — Rauchfuss (Petersburg) wendet die Schmierkur in ähnlichen Fällen immer mit ausgezeichnetem Erfolge an. — Soltmann hat akute Poliomyelitis nach Infektionskrankheiten öfters auftreten gesehen und wendet die Schmierkur bei ihnen immer mit gutem Erfolge an. Dieselben wirken bei Rückenmarkskrankheiten von Kindern immer ausgezeichnet. — Escherich: Die Idee der universellen Wirksamkeit der Schmierkur bei den Infektionskrankheiten hat schon zu dem Vorschlage Veranlassung gegeben, alle Infektionskrankheiten, insbesondere in akuten Exanthemen, mit Ungt. cin.-Einreibungen zu behandeln.

Rille (Innsbruck): Ueber Creepling disease. Von dieser auf dem europäischen Kontinent seltenen Krankheit hat R. 2 Fälle beobachtet. Sie ist für das Kindesalter charakteristisch und besteht in roten Linien, die über den Körper schreiten und in 24 Stunden bis zu 20 cm Ausdehnung erreichen können. Die Krankheit wird durch einen Parasiten verursacht. Sie dauert oft Monate lang, worauf dann Spontanheilung eintritt oder die betreffenden Hautpartieen müssen excidirt werden. — Prof. Rille: Ueber Dermatitis exfoliativa, eine immer in der Umgebung der Mundwinkel beginnende Hautkrankheit, bei der sich die Haut schliesslich in grossen Epidermisschichten abstösst; dies wiederholt sich oft längere Zeit in kürzeren oder längeren Zwischenräumen. R. hat unter seinen 4 beobachteten Fällen den einen tödlich verlaufen sehen. — Fischl glaubt, dass viele derartige Fälle dem Pemphig. foliac. neonator. zuzurechnen seien. — Hochsinger hält die D. ex. für etwas ganz besonderes, von anderen Hautkrankheiten verschiedenes. Fast alle derartigen Kinder haben Dauerkontrakturen. — Finkelstein (Königsberg) betont, dass bei Pemphigus Blasenbildung vorhanden ist, bei D. e. nicht. Als Behandlung empfiehlt er dicke Einpuderungen von Bol. alb. und Einwickeln der Kinder in dicke Wattelagen. — Baginsky sieht derartige Fälle oft sehr selten, zu anderen Zeiten häufig auftreten. Blasenbildung kann im Anfang der D. e. ebenfalls auftreten. Früher, als er mit Salben, Oelen etc. behandelte, verlor er alle Kinder, jetzt behandelt er trocken und giebt nebenbei tanninhaltige Bäder, womit er günstige Resultate erzielt hat. — Soltmann behandelt mit Chinarindendecoct, daneben giebt er evtl. Liq. Ammon. acet.

Dr. Sonnenberger (Worms): a. Ueber eine bisher nicht genügende beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. b. Ueber Kindermilch. Die ausführlichen Schlusssätze zu diesen beiden Vorträgen sind auf Seite 278 etc. dieses Heftes zum Abdruck gebracht. — Pfaundler weist auf einen neu entdeckten Eiweisskörper, das „Opalisin", hin, das in der Frauenmilch in wesentlich grösserer Menge vorhanden ist, als in der Kuhmilch. — Schlossmann ist in Bezug auf Kindermilch nicht so pessimistisch wie S.; es gäbe eine ganze Reihe von Städten in Deutschland, in denen gute Kindermilch zu haben ist. Die Viehtuberkulose sei in beträchtlicher Zunahme in Deutschland begriffen. Die polizeiliche

Digitized by Google

Kontrolle in Bezug auf Fett- und Säuregehalt sei sehr wichtig. — Baginsky: In Berlin haben schon Beratungen im landwirtschaftlichen und Kultusministerium stattgefunden, um festzustellen, was Kindermilch sei. Entgegen ständen auf dem Gebiete der Milchhygiene die agrarischen Strömungen. — Escherich betont ebenfalls die Wichtigkeit der Tuberkulosenfrage; durch Nachzucht von sicher tuberkelfreien Tieren könne man hier viel nützen. — Sonnenberger konstatiert, dass man seinen Anregungen, auf dem Gebiete der Milchbeschaffung zum Zwecke der Säuglingsernährung Besserung zu schaffen, allerseits sehr entgegenkäme. Die Frage sei eminent wichtig für die künstliche Säuglingsernährung. Man könne hier nicht pessimistisch genug denken und seien die Verhältnisse namentlich in mittleren und kleineren Städten sowie auf dem Lande oft sehr schlechte; in grösseren Städten seien allerdings die Verhältnisse oft gute.

Eine Anzahl von Vorträgen erwähnen wir blos, da sie teils nur ein theoretisches Interesse besitzen, zum Teile sich aus anderen Gründen (z. B. Schilderung von Krankheitsfällen) nicht zum Referate eignen: Prof. Leo (Bonn): Ueber Tympanitis bei Kindern. — Camerer sen.: Ueber den Urin des Säuglings. — Prof. Escherich (Graz): Studien über die Morbidität der Kinder in den verschiedenen Altersklassen mit Demonstration von Tafeln. — Dr. Comby (Paris): Ueber die Lithiasis renalis der Säuglinge. — Prof. Concetti (Mailand): Ein Fall von Blasenadenom bei einem elfmonatlichen Mädchen. — Prof. Hirschsprung (Kopenhagen): Ueber Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms. — Dr. Theodor (Königsberg): Ueber progressive perniciöse Anämie. — Dr. Hecker (München) demonstriert einen neuen Harnfänger, desgleichen Dr. Trumpp (München). — Dr. Hecker (München): Neues zur Pathologie des congenitalen Syphilis. — Dr. Schlossmann (Dresden): Zur pathologischen Anatomie der Lues hereditaria. — Dr. Fischl (Prag): Demonstration e. syphilitischen Leber. — Prof. Baginsky (Berlin): Ein Beitrag zu den sekundären Infektionen im Kindesalter. — Prof. Schmorl (Prag): Ueber Störungen des Knochenwachstums bei Barlow'scher Krankheit. — Dr. Rommel (München): Ueber die Behandlung früh geborener Kinder in besonderen behördlichen Anstalten. — Hofr. Dr. Wertheimber (München): Zur Behandlung der Scharlachnephritis (Darmirrigationen mit physiologischer Kochsalzlösung, 2 Mal tgl.).

Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder.

Von Dr. Kühner (Koburg).

(Schluss).

Dass das bei der künstlichen Ernährung übliche Vorkosten der Milch, sowie das spätere Vorkauen der Speisen, eine ekelhafte, ganz der gegenwärtigen wissenschaftlichen Anschauung und praktischen Erfahrungen widersprechende Unsitte, welche leicht zur Uebertragung von Diphtherie, Tuberkulose und anderen Infektions-

Digitized by Google

krankheiten Anlass geben kann, in der Kindespflege zu den kleinen Fehlern gehört, welche grosse Gefahren zeitigen können, geht aus unserer seitherigen Betrachtung hervor.

Dass die Saugvorrichtungen, da sie oft schwer zu reinigen und deshalb nicht rein gehalten werden, ebenfalls grosse Nachteile für das Kind bedingen können, ergiebt sich ebenfalls genugsam aus unserer Betrachtung. Kleine Ursachen, grosse Wirkungen! Bisweilen beobachtet man und zwar häufiger bei Flaschen- als bei Brustkindern, dass sie bald nach dem Trinken unruhig werden, schreien, aufhören zu trinken u. s. f. Forscht man nach, so sieht man meist, dass der Fehler gemacht worden, die Oeffnungen im Saughütchen zu klein zu machen oder demselben einen einzigen zu grossen Durchgang zu geben. In letzterem Fall wird, wie wir einem kleinen, aber sehr lehrreichen, weil überall aus eigener praktischer Erfahrung hervorgegangenen Schriftchen*) entnehmen, das Kind gezwungen, viel grössere Schlucke, als ein Brustkind zu nehmen und die Flasche in viel kürzerer Zeit, als eine halbe Stunde zu leeren. Die Folge ist, dass solche Kinder sehr oft und zuweilen sehr grosse Mengen unverdauter Milch, die manchmal noch nicht einmal durch das Gerinnungsferment des Magens verändert war, wieder von sich geben. Wenn auch das Wort „Speikinder, Gedeihkinder" zum geflügelten im Munde der Mütter und Hebammen geworden ist, so kann es doch zuweilen recht lästig werden, wenn das Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme immer wieder erfolgt. Abgesehen davon, dass es Zeit und Arbeit macht, ein Kind mehrmals am Tage und auch in der Nacht umzukleiden — zu thun giebt es bei kleinen Kindern überdies immer genug — so hat es oft Wundwerden der Halsfalten im Gefolge, was zuweilen sogar von ganz aufmerksamen Müttern übersehen wird. Zwar hemmt ein geringer Salzzusatz zur Milch die Brechneigung, jedoch nur, wenn es sich um das Erbrechen kleiner, geronnener Milchmengen handelt. Trinken Kinder zu hastig, so hilft auch der Salzzusatz nichts." Aber auch wenn die Oeffnung, die leicht mittelst einer heissen Nadel angebracht werden kann, klein, so gelangt ebenso wie bei einer zu grossen Oeffnung und zwar bei dieser durch müheloses reichliches Saugen, bei jener durch unnötige in Absätzen erfolgende Anstrengungen reichlich Luft in den Magen, welche durch Erbrechen nicht entfernt werden kann, sondern zur reichlichen Ansammlung von Magengasen führt. „Legt man ein aus solcher Ursache schreiendes Kind mit seiner Brustseite auf den linken Vorderarm und klopft es mit der rechten Hand mässig stark auf die Rückengegend, so entweichen die Magengase meist schon nach wenigen Schlägen unter Ructus. Sofort hört das Kind zu schreien auf."

Um die künstlichen Saugvorrichtungen und ihren Ersatz einigermassen vollständig zu besprechen, müssen wir als ungemein praktisch das Saughütchen von L. Fürst hervorheben. Das einfache Gummisaughütchen, von welchem vorhin die Rede war, hat einen kleinen mechanischen Nachteil, welcher schon seit Jahrzehnten von

*) Vgl. Ein kleines, aber wichtiges Kapitel vom Gummihütchen, aus Fischer, Frauenarzt in Salzungen: Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Jena. Verlag von Gustav Fischer. Mk. 1.20.
Kinderärzte können dieses dankenswerte Büchelchen allgemein empfehlen.

Digitized by Google

Aerzten anerkannt war, ohne eine zweckmässige Abhilfe zu treffen. Das ununterbrochene Ansaugen von Milch aus einer Flasche ist nämlich dem Kinde nur dann möglich, wenn während des Saugens immer Luft von aussen her in die Flasche nachrücken kann. Einem physikalischen Gesetze zufolge muss, damit das saugende Kind aus der Flasche Milch in seinen Mund hinein bekommen kann, der Luftdruck im Fläschchen grösser sein, als im Munde des Kindes. Wenn aber das Kind lange saugt, so wird die Luft in der Flasche derart verdünnt, dass in einem bestimmten Momente der Luftdruck im Munde des Kindes und in der Flasche gleich gross werden; dann geht keine Milch mehr aus der Flasche in den Mund des Kindes hinein. Das Kind fühlt das instinktiv, denn es hört, sowie es merkt, dass die Milch schwer in seinen Mund gelangt, nach einer Anzahl von Zügen mit dem Saugen auf. Dasselbe Spiel wiederholt sich immer von neuem, d. h. das Kind muss beim Trinken immer nach einigen Zügen absetzen und sich unnötigerweise anstrengen. Neben dem Ansaugen von Luft mit allen oben hervorgehobenen Nachteilen erwächst für schwächliche Kinder hierdurch oftmals eine grosse Pein. Diesem Uebelständen hat in sehr sinnreicher Weise L. Fürst abgeholfen durch Konstruktion eines Saughütchens, bei dessen Gebrauch das Kind den Saugakt nicht zu unterbrechen braucht, eine Vorrichtung, welche durch Anbringen von Watte im Innern alle staubförmigen Bestandteile und Pilzkeime zurückhält. Wir müssen uns versagen, hier eine nähere Beschreibung dieser Einrichtung zu geben.

Manche Vorurteile herrschen unüberwindlich. Dass man selbst zu unserer Zeit, welche, gestüzt auf die bakteriologischen Befunde, sich bemüht durch kostspielige, umständliche Verfahrungsweisen dem Kinde eine keimfreie Nahrung zu reichen, verwendet noch Gummihütchen oder Leinwandbeutelchen, gefüllt mit Brotrinde, Zwieback, Zucker, Mehlstoffen, die sämtlich sich rasch zersetzen, in Säure übergehen, Schwämmchen, Verdauungsstörungen selbst der schwersten Art veranlassen können, ist einer jener unbesiegbaren Irrtümer. James Cantle weist in jenem Beitrag im British Medic. Journ. auf die Grösse der Gefahren hin, welche den Kindern aus jener veralteten Unsitte erwachsen und vielleicht gelingt es nunmehr dem Kinderarzt, die Obsorge der Mütter durch deren Stolz zu erwecken. Durch alle künstlichen Saugvorrichtungen, wie sie auch heissen mögen, werden die Wangen nach einwärts gezogen, durch die bei anstrengenden Saugbewegungen bethätigten, am Oberkieferbogen befestigten Muskeln wird dieser allmälig zugespitzt, vorgestossen, so dass die ganze Mund- und Gesichtsbildung eine dem tierischen Zwischenkiefer ähnliche Formation erhält. Allmälig wird der harte Gaumen nach oben gezogen. Eine Verengerung der oberhalb desselben gelegenen Nasenhöhle, weiterhin das gefürchtete erschwerte Nasenatmen mit allen nachteiligen Folgeerscheinungen bilden durch eine lange Kette von Vorgängen schliesslich den Ausgang vom Gebrauch jener künstlichen Saugvorrichtungen. Die neueren Forschungen haben uns gelehrt, die Eingangspforten für krankmachende Organismen einer besonderen Würdigung zu unterziehen. Reiche Anhaltspunkte gewährt uns diese Lehre, um grosse Gefahren durch Vermeidung kleiner

Digitized by Google

Fehler ferne zu halten. Dass solche schädliche Pilzkeime unter begünstigenden Umständen durch unzweckmässige Nährmittel vermittelst der Digestionsorgane in den Körper des Kindes hineingelangen, schwere Magen- und Darmkatarrhe, Brechdurchfälle hervorrufen können, ist bereits angedeutet worden. Wir wissen ferner, dass auch durch die Respirationsorgane schädliche Mikroorganismen eindringen, sich im Rachen und in den Luftwegen festsetzen und schwere Halsaffektionen, sowie akute Exantheme veranlassen können. Wir wissen schliesslich, dass von aussen her, etwa durch umgebende Schmutz- und Staubpartikel oder durch Berührung mit faulenden, in Zersetzung begriffenen Objekten, infizierende Stoffe in die Haut des Säuglings eindringen können, welche eine Menge von Erkrankungen der Haut bedingen können, vom leichtesten Furunkel angefangen bis zur brandigen Zerstörung des Zellgewebes. Auch können von aussen her in die Haut durch eine zufällige Verletzung eingedrungene unreine Stoffe ganz unbemerkt in die Tiefe vordringen, zur Blutvergiftung mit tödlichem Ausgang Anlass geben. Vieles seither Rätselhafte ist uns durch dieses Eindringen in die Eingangspforten des kindlichen Organismus erschlossen worden.

Auf eine der Eingangspforten für den Tuberkelbacillus und die Art von dessen Uebertragung haben neuerdings Wolff[1]) und Volland[2]) die Aufmerksamkeit gelenkt und hat weiterhin Alsberg[3]) in einem Beitrag bestimmte Forderungen gezogen, welche wir im Nachfolgenden wiedergeben. Bekanntlich pflegen die Kinder bei ihren ersten Gehversuchen mit Vorliebe „auf allen Vieren" umherzurutschen und es ist unausbleiblich, dass bei dieser Gewohnheit die Händchen des Säuglings mit etwaigem Tuberkelbacillen enthaltenden Staub und Schmutz besudelt werden. Zu gleicher Zeit bewirkt aber die reichliche Absonderung von Mund- und Nasenschleim unter begünstigenden Umständen auch katarrhalische Erkrankungen der Schleimhäute, das Vorhandensein wunder Stellen an den Lippen und Nasenlöchern des Kindes. Durch den Reiz, welcher von jenen Lippen- und Nasengeschwüren ausgeht, wird nun der Säugling veranlasst, sich mit den Händen ins Gesicht zu fahren und den an den Fingern hängenden oder klebenden Staub förmlich in die wunden Stellen einzureiben. Auch wird die Annahme, dass die auf die Lippen- und Nasengeschwüre applicirten Tuberkelbacillen durch Vermittelung der Lymphgefässe zunächst den Lymphdrüsen des Halses, sowie den Speicheldrüsen zugeführt werden, dass also das Kind in der soeben angegebenen Weise eine Verimpfung der im Staube enthaltenen Schwindsuchtskeime an sich selbst vollzieht, durch die Beobachtung bestätigt, dass die Anschwellungen jener Drüsen im kindlichen Alter ganz besonders häufig vorkommen. Die von Volland in grossem Massstabe angestellten Untersuchungen und die darauf

1) Die moderne Behandlung der Lungenschwindsucht mit besonderer Berücksichtigung der physikalisch-diätetischen Heilmethode" von Dr. Felix Wolff in Reiboldsgrün. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. H. Curschmann, Geh. Med.-Rath und Direktor der medicinischen Klinik in Leipzig. Wiesbaden 1894. J. F. Bergmann.

2) „Ueber den Weg der Tuberkulose zu den Lungenspitzen und die Notwendigkeit der Errichtung von Kinderpflegerinnenschulen". Verhandlungen der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. Th. VI, S. 216 ff.

3) Die Hygiene des Kindesalters und die Ausbildung der Kinderpflegerinnen im Feuilleton der Frankfurter Zeitung.

Digitized by Google

sich stützende Statistik beweisen, dass die im kindlichen Alter stattfindende tuberkulöse Drüsenaffektion, die man bisher als „Skrophulose" bezeichnet hat, ein aussergewöhnlich häufiger Vorgang ist. Auch berechtigt der Umstand, dass der Prozentsatz der mit solchen Drüsenanschwellungen behafteten Kinder während der Schulzeit (d. i. von den niederen zu den höheren Klassen fortschreitend) geringer wird, zu dem Schluss, dass die Schule für das Zustandekommen jener Drüseninfektionen nicht verantwortlich gemacht werden kann. Im Uebrigen führt das soeben erwähnte Eindringen der Tuberkelbacillen in die Drüsen nicht in allen Fällen zur Tuberkulose. Während solche Personen, bei denen weder besondere prädisponierende Momente, noch von aussen einwirkende, die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten herabsetzende Einflüsse zur Geltung gelangen, die Einwanderung jener Krankheitserreger in die besagten Drüsen ohne bleibende Nachteile überstehen, wird in anderen Fällen ein die Entstehung von Lungentuberkulose begünstigender Körperbau, sowie die nach gewissen Kinderkrankheiten, wie Masern, Keuchhusten u. s. w. zurückbleibenden Schwächezustände, Veränderungen in der Lebensweise, welche die Ernährung ungünstig beeinflussen, kurz alle Momente, welche die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzen, — diese und andere ursächliche Einwirkungen werden dahin wirken, dass der zunächst nur auf die Hals- und Speicheldrüsen beschränkte, dort aber Jahre hindurch seine Lebensfähigkeit bewahrende Schwindsuchtskeim von jenen Drüsen aus sich weiter verbreitend lebenswichtige Organe befällt. Was letzteren Vorgang anlangt, so hat R. Koch schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass die Lymphdrüsen nicht immer ein unübersteigliches Hinderniss für das weitere Vordringen der Bacillen darstellen. Dass letztere den Bahnen der Lymphgefässe im allgemeinen folgend in der Regel zunächst in die Lungenspitzen gelangen und dort die bekannten Erscheinungen des Lungenspitzenkatarrhs hervorrufen, wird uns nicht verwundern, wenn wir bedenken, dass einerseits die Lungen auf die sauerstoffbedürftigen Kleinlebewesen eine besondere Anziehungskraft ausüben und dass andererseits die wenig energische Atembewegung, wie sie gerade diesen Lungenpartieen eigentümlich ist, die Ansiedelung und Vermehrung des Schwindsuchtskeimes in den Lungen wesentlich begünstigt. Und selbst wenn, wie mit grosser Wahrscheinlichkeit angenommen werden muss, für das Auswandern der Tuberkelbacillen aus den Drüsen und die Ausbreitung jener winzigen Parasiten im menschlichen Körper ursächliche Momente mit in Betracht kommen sollten, über die wir zur Zeit noch nicht genügend unterrichtet sind, so bleibt doch immer die Thatsache bestehen, dass in einer sehr beträchtlichen Anzahl von Fällen die Drüsen den eigentlichen Ausgangspunkt der Erkrankung darstellen und dass die Drüseninfektion ihrerseits wiederum auf die im Vorhergehenden geschilderten Vorgänge des Kindesalters zurückzuführen sind.

Aus diesen Gelegenheitsursachen für die Entstehung der Tuberkulose im ersten und zweiten Lebensjahre ergeben sich gewisse Folgerungen von selbst. Abgesehen von den allgemein bekannten hygienischen Vorschriften sind es im wesentlichen zwei Forderungen,

Digitized by Google

welche erfüllt werden müssen, wenn man die als Ausgangspunkt für das spätere Umsichgreifen der Krankheit dienende Infektion der Drüsen beim Kinde verhindern will, nämlich 1., die unermüdliche Entfernung des reichlich abgesonderten Mund- und Nasenschleims, um alles Wundwerden möglichst zu vermeiden; 2., die Vorsichtsmassregel, dass das Kind mit den Händchen so wenig wie irgend möglich auf den Fussboden kommt, dass Alles, was am Fussboden gelegen hat, gereinigt wird, ehe es das Kind wieder zum Spielen erhält, dass beim Laufenlernen das Kind entweder geführt wird oder in geeigneten Stützapparaten steht, dass, wenn es einmal hingefallen ist, die Händchen sofort wieder abgewaschen werden und dass der Sinn für Reinhaltung der letzteren beim Kinde frühzeitig geweckt werden.

Ob nun zur Vermeidung der im Vorstehenden beregten Schädlichkeiten, wie Volland will, nach Art der Hebammenschulen und Krankenpflegerinnen die Ausbildung besonderer Kinderpflegerinnen und Kinderwärterinnen anzustreben ist, damit die Entstehung der Drüsenskrophulose (Eindringen der Tuberkel-Bacillen in die Hals- und Speicheldrüsen), aus der sich unter begünstigenden Umständen dann später die eigentliche Tuberkulose entwickelt, mit Sicherheit vermieden werden kann, lassen wir dahin gestellt. Wir müssen uns versagen, auf dieses Projekt der Errichtung jener Schulen für Kinderpflege weiter einzugehen und verweisen diejenigen, welche sich für den Gegenstand weiter interessieren, auf die von uns oben benannte Litteratur.

Referate.

Die Tuberkulose der platten Schädelknochen mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau. Von Alfred Feder. (Jahrbuch f. Kinderheilkunde, 50. Band.)

Nach einem kurzen historischen Rückblick, in dem auf die noch ganz junge Erkenntnis der Schädeltuberkulose hingewiesen wird, giebt F. an der Hand von 108 aus der Litteratur gesammelter und 5 in der Breslauer Kinderklinik beobachteten Fällen ein Bild dieser Krankheit.

Aetiologisch spielt eine gewichtige Rolle die hareditäre Belastung. Häufig macht dann ein Kopftrauma die schlummernden Keime mobil. In der weitaus grossen Mehrzahl der Fälle findet sich die Krankheit mit Herden in anderen Körperteilen, sei es den Lungen, Lymphdrüsen oder anderen Skelettteilen vergesellschaftet. Nur selten ist sie an den Schädelknochen primär.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen gleichen denen an anderen Skelettteilen. Die Tuberkeln gehen vom Knochenmark in der Diploe, seltener vom Periost aus. Sie verbreiten sich im Knochenmark bis zu Markstückgrösse, verkäsen und ziehen dann im Bereich dieser Verkäsung Nekrose des Knochens nach sich. Die so gebildeten Sequester gehen meist durch die ganze Dicke des

Digitized by Google

Knochens. Sie unterscheiden sich scharf von den luetischen Sequestern. Während diese nämlich eine serpiginöse, häufig spiralige Begrenzung zeigen, elfenbeinhart und auffallend schwer sind, haben jene mehr rundliche Form, sind leicht und bestehen aus morschem, fast kreidigem Gewebe. Ein weiterer, durchgehender Unterschied besteht darin, dass nach Ablauf des tuberkulösen Prozesses der Defekt vom Periost aus durch neugebildetes Knochengewebe geschlossen werden kann, während die luetische Knochenlücke niemals ersetzt wird, vielmehr hier lediglich das Periost mit der Dura verwächst.

Der Lieblingssitz der Schädeltuberkulose sind die Höcker des Stirn- und Scheitelbeins, viel seltener wird die Schuppe des Schläfenbeins und das Hinterhauptsbein befallen. Das Krankheitsbild entwickelt sich typisch so, dass an irgend einer Stelle des Schädeldaches sich eine Geschwulst von prall elastischer Konsistenz bildet, die später in einen kalten Abscess übergeht. Die subjektiven Beschwerden bestehen meist in lokalen Kopfschmerzen, falls nicht etwa eine Eiteransammlung zwischen Dura und Schädeldach zu Hirndrucksymptomen führt. Dem Durchbruch des Abscesses folgt die Bildung einer ständig secernierenden Fistel, in deren Hintergrunde man den leicht zu entfernenden Sequester und hinter diesem die pulsierende Dura bemerkt. Seltener bleibt Abscess und Sequestrierung aus, man hat es dann nur mit einer oft sehr bedeutenden Knochenauftreibung zu thun.

Die Diagnose ist nicht immer leicht, weil der Tuberkelbazillus selten gefunden wird. Gestützt wird sie durch den typischen Sitz, das multiloculare Auftreten, den langsamen Verlauf mit Ausgang in Abscess. Heredität sowie anderweitige tuberkulöse Erkrankungen sind eine weitere Stütze. Wichtig ist es, Lues auszuschliessen. Sie verrät sich ausser durch die Hutchinson'sche Trias durch feine, strahlige Narben an den Lippen und am Anus. Eine unwirksame antiluetische Kur spricht für Tuberkulose.

Die Prognose ist für den lokalen Prozess im Allgemeinen recht günstig, wird aber durch das gleichzeitige Bestehen anderer tuberkulöser Erkrankungen meist getrübt, so dass die Sterblichkeitsziffer eine hohe ist.

Bezüglich der Therapie spielt das Alter des Pat. eine gewisse Rolle. Je jünger er ist, desto häufiger kommt es zu spontaner Heilung, so dass hier eine konservative Behandlung nach hygienisch diätetischen Grundsätzen am Platze ist. Die Operation ist indiziert, wenn bei älteren Individuen ein grösserer Abscess besteht, der jeder anderen Behandlung trotzt, oder wenn der Abscess bereits durchgebrochen ist. Unbedingt ist bei Hirndruck- oder Meningitiserscheinungen zu operieren. Freilich darf man nicht vergessen, dass bei blutiger Behandlung tuberkulöser Produkte erfahrungsgemäss die Gefahr einer Verallgemeinerung droht.

Friedmann-Beuthen O.-S.

Die Rolle der Bakterien bei der Gastroenteritis der Säuglinge. Von A. B. Marfan. (Revue mens. des mal. de l'enf. 1899, Aug.-Nov,)

Verf. hat in dieser sehr ausführlichen Arbeit an Hand fast aller

Digitized by Google

diesen Gegenstand behandelnden Arbeiten und eigener Untersuchungen die bis jetzt erkannten Thatsachen und aufgestellten Theorien einer eingehenden Nachprüfung unterzogen. Diese ergiebt, dass die Infektion bei den Magendarmerkrankungen eine wichtige Rolle spielt, dass aber durch dieselbe nicht alle Erscheinungen zu erklären sind, sondern auch noch durch andere Faktoren hervorgerufen werden können und dass oft die Infektion nur sekundär hinzukommt. Man muss die durch die bakteriologische Untersuchung gewonnenen Resultate mit den klinischen und anatomischen Beobachtungen zusammenhalten und man sieht dann, dass sich die lokalen und allgemeinen Symptome bei den Magendarmerkrankungen auf 4 Elemente aufbauen:

1. Fehlerhafte Ernährungsweise.
2. Infektiosität des Darminhalts, welche entweder auf Virulentwerden der gewöhnlichen Darmbakterien (endogene Infektion) oder auf Eindringen pathogener Keime (ectogene Inf.) beruhen kann.
3. Toxicität des Magendarminhalts, welche ebenfalls entweder ectogenen Ursprungs oder endogen teils durch Bakterien oder durch Säuren, Indol, Scatol, Ammoniak etc. hervorgerufen sein kann.
4. Veränderungen der Schleimhaut, welche sich in Sekretionsstörungen, Störungen der Peristaltik, des Tonus und der Sensibilität äussern (Anorexie, Erbrechen, Diarrhöen, Meteorismus, Koliken etc.).

Diese 4 Elemente entwickeln sich eins nach dem andern und eins aus dem andern, in verschiedenstem Grade. Sie alle erzeugen das, was wir der Einfachheit halber „Gastro-Enteritis“ nennen. Je nach dem Vorherrschen der einen oder andern Entstehungsweise, kann man die einzelnen Formen nach ihrer Aetiologie klassifizieren. Also z. B. dyspeptische Gastroenteritis wird man sagen, wenn sich bei einem Kinde in Folge falscher Ernährungsweise eine Dyspepsie, aus dieser Störungen der Sekretion, der Peristaltik etc. entwickeln und nun durch Einwirkung vorhandener Bakterien die typischen Symptome auftreten. Ebenso lässt sich eine infektiöse, toxische und schliesslich sekundäre (bei den verschiedensten andern Erkrankungen z. B. Masern, Bronchopneumonie etc.) ableiten. Was die verschiedenen Unterabteilungen der Magendarmerkrankungen betrifft, die katarrhalische, follikuläre, akute oder chronische, so lässt sich zur Stunde behaupten, dass diese alle durch die nämliche Ursache, z. B. durch Streptococcen, hervorgerufen werden können. Der vorangehende Zustand des Darmkanals, die Bakterienflora, die Widerstandsfähigkeit des einzelnen Individuums wird auf die Wirkung dieser neuen Ursache einen bestimmenden Einfluss ausüben. Aus diesen Ueberlegungen lassen sich neue Bahnen für Prophylaxe und Therapie ableiten.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber eine bisher nicht genügend beachtete Ursache hoher Säuglingssterblichkeit. (Vortr. geh. a. d. Naturf.- u. Aerztevers. zu München 1899.) Von Sonnenberger.

S. gelangt am Schlusse seines Vortrages zu folgendem Resumé: 1) Die bei künstlich ernährten Säuglingen vorkommenden Krankheiten der Verdauungsorgane — welche ca. 70 % aller bei derartig ernährten Kindern im 1. Lebensjahr auftretenden Erkrankungen ausmachen —,

Digitized by Google

insbesondere aber das unter den Namen „Cholera nostras", „Gastroenteritis akuta", „Brechdurchfall" bekannte Symptomenbild, sind meist als Intoxikationen aufzufassen.

2) Diese Intoxikationen werden durch die eingeführte Nahrung bzw. die Milch verursacht, und zwar entstehen sie zum Teile durch Bakterien (Infektion, bakterielle Intoxikation), zum grossen Teile sind es aber rein chemische Intoxikationen (durch chemische Noxen verursachte Vergiftungen); auf letzteres Faktum habe ich schon vor ca. 10 Jahren — und zwar als Erster — eingehend hingewiesen; in Folge der damals herrschenden einseitigen bakteriologischen Strömung in der Pädiatrie und Hygiene konnte diese Ansicht aber keinen Boden gewinnen.

3) Die chemischen Intoxikationen als Ursache der Verdauungsstörungen künstlich ernährter Säuglinge kommen sehr häufig vor. Ihre Entstehungsweise basiert auf den Thatsachen, dass die Milch nicht allein ein Sekretions-, sondern auch ein Exkretionsprodukt der Milchdrüsen ist und dass die Herbivoren eine Reihe von Giften, insbesondere Alcaloide, in grosser Menge ertragen können, ohne zu erkranken, insbesondere zur Zeit der Lactation, da jene Gifte — Alcaloide, Glycoside, Amide, Enzyme und ähnliche, teilweise hochgradig giftige Stoffe, wie sie in einer grossen Zahl sehr gangbarer und viel gebräuchlicher Futterstoffe enthalten sind — zum Teile in und mit der Milch ausgeschieden werden.

4) Diese in der Milch oft enthaltenen sogen. Futtergifte verursachen in einer Reihe von Fällen den Symptomenkomplex von Reizung des Magendarmkanales oder rein toxischer Verdauungsstörungen (Erbrechen, Durchfall, Collaps), was besonders der Fall zu sein scheint, wenn es sich um kleinere Mengen der eingeführten Gifte handelt; in einer weiteren Reihe von Fällen treten aber auch die charakteristischen Symptome der einzelnen Gifte nebenher auf. Wir beobachten je nach der Art des eingeführten Giftes (Solanin, Saponin, Colchicin, Sinapin etc.) dann die verschiedenartigsten Symptome, z. B. Pupillenenge oder -Weite, verlangsamten oder beschleunigten Puls, Fieber, Anurie, Albuminurie, Konvulsionen, blutigen Stuhlgang etc.

5) Da eine nachträgliche Vernichtung der Alcaloide und anderer Gifte in der Milch durch Erhitzen, Sterilisieren etc. meist nicht möglich ist, indem eine grosse Anzahl derselben sich als äusserst widerstandsfähig gegen hohe Hitzegrade und sonstige äussere, die Bakterien sicher abtötende Einflüsse erwiesen haben, so müssen wir dafür sorgen, diese Gifte und ihre Erzeuger aus dem Futter des Milchviehes fernzuhalten.

6) Es dürfte sich daher empfehlen, dort, wo es sich um die Erzeugung von Kindermilch handelt, ganz bestimmte Normen für die Fütterung des betrffd. Viehes aufzustellen, die für die verschiedenen Gegenden verschieden sein müssen. Hier nach der Schablone „nur Trockenfütterung" zu handeln, ist nicht korrekt. Allerdings ist die Grünfütterung in vielen Gegenden Deutschlands, wo Wiesen, Weiden und Kleeäcker immer mehr mit giftigen Unkräutern bewachsen werden, zu verwerfen (ebenso die Fütterung mit Kartoffelkraut, Reblaub etc.) Bei gutem, gleichmässigen Wiesenwuchs, wie dieser z. B. auf den

Digitized by Google

Schweizer Matten, in vielen Gegenden Norddeutschlands stattfindet, kann Grünfütterung gestattet werden. — Andrerseits ist nicht jedes Trockenfutter giftfrei, so z. B. mit Unkrautsamen durchsetzte Kleie, die technischen Rückstände der Zuckerfabrikation (Rübenschnitzel), der Branntweinbrennereien (die verschiedenen Schlempesorten) und der Oelfabrikation (Press-Oelkuchen), die unbedingt zu verwerfen sind. — Sehr gefährlich für die Milch ist auch die Verfütterung gekeimter (solaninhaltiger) Kartoffeln, von verregnetem, faulenden Grünfutter oder Heu etc. Die ideale Fütterung zum Zwecke der Kindermilchproduktion muss vor Augen haben: Fernhaltung aller Gifte und Producenten (unkrautsamenfreie Kleie, Schrot, gutes Gebirgs- und Wiesenheu!).

7) Zur Vermeidung der Entstehung der in Rede stehenden Erkrankungen des Säuglingsalters ist es auch von grosser Wichtigkeit, dass die Wiesen-, Weide- und Kleewirtschaft in vielen Gegenden Deutschlands rationeller betrieben werde. Die Ueberhandnahme der Verunkrautung muss — auch im eigensten Interesse der Landwirtschaft — energisch von letzterer bekämpft werden. — Ferner muss der Vertrieb der Handelsfuttermittel einer scharfen behördlichen Kontrolle unterstehen, insbesondere in Bezug auf Reinheit. (Mit Unkrautsamen verunreinigte Kleie etc.)

8) Die Therapie der chemischen Milchintoxikationen stimmt überein mit derjenigen der bakteriellen Milchintoxikationen und geht in beiden Fällen im Allgemeinen darauf aus, das eingedrungene Gift zu entfernen (Magen- und Darmspülungen, Calomel, das auch Darmdesinfiziens ist), ferner das Gift möglichst zu binden (Tannin und seine Präparate — welche insbesondere Alcaloide in unlösliche Verbindungen überführen —, z. B. Tannalbin, Tannigen, ferner tanninhaltige Genuss- und Nahrungsmittel, so schwarzer Thee, Eichelkaffee und Cacao, Milchsomatose, die sich auch als ein gutes Nährmittel dabei erwiesen hat). Entziehung der Milch — auch der Muttermilch — (als eines zu Zersetzungen leicht neigenden Materiales) auf eine Reihe von Stunden und bei schweren Fällen selbst Tagen. Symptomatische Behandlung der einzelnen Symptome, z. B. des Collapses, der Konvulsionen etc. Uebergangsernährung durch Kindermehle, Rahmgemenge etc. S.

Ueber Kindermilch. (Vortr. geh. a. d. Naturf.- u. Aerztevers. zu München 1899.) Von Sonnenberger.

Zum Schlusse seines Vortrages gelangt S. zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die hohe Säuglingssterblichkeit in vielen Gegenden Deutschlands hängt — abgesehen von einer Reihe sekundärer, in sozialen und bevölkerungsstatistischen Faktoren liegender Verhältnisse — in erster Linie ab von der sehr verbreiteten Unsitte des Nichtstillens der Mütter, in zweiter Linie von der oft ausserordentlich schlechten Beschaffenheit der zu Zwecken der künstlichen Säuglingsernährung verwendeten Milch und Milchpräparate, sowie der sonstigen unzweckmässigen Ernährung der Säuglinge durch Kindermehle etc.

2) Es ist allerorten durch die dazu berufenen Organe (Aerzte, Volksbildungsvereine, Standesämter etc.) darauf hinzuwirken, dass das

Digitized by Google

deutsche Volk über diese Missstände aufgeklärt werde, insbesondere auch über das Faktum, dass zur künstlichen Säuglingsernährung nur ein ganz besonders gut beschaffenes, mit der peinlichsten Vorsicht und Umsicht produciertes und behandeltes Urprodukt — „Kindermilch" im strengsten Sinn des Wortes — zu verwenden ist und dass die Sterilisierung nicht im Stande ist, ein schlechtes Urprodukt wieder gut zu machen. — Der neugegründete „Deutsche Verein für Volkshygiene" und der „Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege" sind dazu berufen und verpflichtet, die Kindermilchfrage auf ihr Programm zu setzen.

3) Der Begriff „Kindermilch" muss von ärztlicher Seite auf's Genaueste definiert werden, was nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft wohl möglich ist. Eine Klärung dieses Begriffes ist um so erforderlicher, als dadurch Behörden und Gerichte Anhaltspunkte zu ihrem Verhalten in der Frage der Kindermilch erhalten.

4) Es ist Pflicht der einzelnen Kommunen, ihrer Bevölkerung zu Zwecken der künstl. Säuglingsernährung für die Beschaffung richtiger Kindermilch zu sorgen. Entweder sollen die Kommunen derartige Milch produzierende und verschleissende Anstalten in eigene Regie übernehmen, oder sie sollen mit Mitteln jeder Art die Errichtung von derartigen Mustermilchwirtschaften, die unter dauernder unbezahlter Kontrolle (nicht blos des Produktes, sondern namentlich auch der Produktion) stehen müssen, fördern und ihren Weiterbestand sichern. Minderbemittelten muss diese Milch zum Zwecke der künstlichen Säuglingsernährung zu einem für sie erschwinglichen Preise, Armen muss sie zu diesem Behufe aus Mitteln der öffentlichen Armenfonds und von Wohlthätigkeitsvereinen gratis zur Verfügung gestellt werden.

5) Bestimmungen über den Verkehr mit Milch, wie solche jetzt vielfach von den Polizeibehörden erlassen werden, müssen Paragraphen über die Produktion und den Verschleiss von Kindermilch enthalten

6) Die Rechtsprechung hat sich in Zukunft nicht allein mit den sogen. Milchfälschungen zu befassen, sondern sie hat auch den Schutz der künstlich ernährten Säuglinge in's Auge zu fassen resp. darüber zu wachen, dass die Milch, welche unter der Bezeichnung „Kinder- oder Kurmilch" verkauft wird, auch wirklich den Anforderungen, welche die neueren hygienischen Anschauungen an ein solches Produkt stellen, vollkommen genügt. (Urt. d. Reichsger. v. 21. April 1898),

7) Es ist dahin zu streben, dass diese Materie reichsgesetzlich. etwa durch eine Ergänzung zum Nahrungsmittelgesetz, geregelt werde)

8) Es ist als sicher anzunehmen, dass, wenn die sub 2) bis 7, benannten Massregeln zur allgemeinen Durchführung gelangen werden, ein erhebliches Herabgehen der in vielen Gegenden Deutschlands so beschämend hohen Säuglingssterblichkeit stattfinden wird. S.

Ueber die spastischen infantilen Paralysen und die mit ihnen verwandten Erkrankungen. Von Haskovec. (Wiener medizinische Blätter, Nr. 40 1899.)

Die Charakteristika der spastischen infantilen Paralysen sind: Erhöhung des Muskeltonus bis zur Rigidität der gelähmten Muskulatur, Tendenz zu Kontrakturen, besonders an den unteren Extremitäten

Digitized by Google

und gesteigerte Sehnenreflexe. Die Kontrakturen führen zu Deformitäten und zu fibrotendinösen Retraktionen, wobei freilich dann die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind. Bei erworbenen Paralysen dieser Art gehen ihnen zuvor oder begleiten sie Coma und Konvulsionen, die sich häufig wiederholen oder in eine wirkliche Epilepsie übergehen können. Bei akuten Fällen gehen allgemeine Symptome, Delirien und Erbrechen vorher. In kongenitalen Fällen ist die Wiederherstellung der paralytischen Erscheinungen eine häufigere und mächtigere, Facialisparesen verschwinden manchmal spurlos. Der Charakter ist moros und reizbar. Die Intelligenz und Sprache zeigen alle Uebergänge von völliger Intaktheit bis zur Idiotie, Dysphonie und Aphasie, letztere verschwindet oft völlig. Keine oder geringe Gefühlsstörungen, die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist normal. Sehr selten ist Atrophie, manchmal sogar Hypertrophie der gelähmten Muskeln vorhanden; die Sphinkteren sind normal, keine trophischen, häufig aber vasomotorische Hautanomalien, häufig sind auch Schädelanomalien (Mikro-, Lepto-, Makrocephalie, Asymmetrie) vorhanden. — Häufig treten auch Komplikationen der Paralyse durch Athetose, ein- oder beiderseitige Chorea, Ataxie oder Mitbewegungen, welche Komplikationen oft vollständig das klinische Bild beherrschen. — Die spastisch paretischen Symptome zeigen einen mono-, hemi- oder paraplegischen Charakter oder sie betreffen nur die oberen und unteren Extremitäten. Häufig beherrscht die Epilepsie oder Idiotie das ganze Bild, auch das Bild der pseudobulbären Paralyse wurde beobachtet. In der Aetiologie der intrauterin entstandenen Paralysen sind das Trauma und schwere Erkrankungen der Mutter von grosser Wichtigkeit. Die Geburtsparalysen erklärt man durch Gehirnhämorrhagien mit Heranziehung einer eventuellen prodromalen Erkrankung oder Disposition der Frucht. Die erworbenen Paralysen entstehen am häufigsten nach Infektionskrankheiten und nach Trauma. Als weitere ätiologische Momente führt Haskovac an: Heredität, Blutsverwandtschaft der Eltern, Syphilis, neuropathische Belastung. Die anatomische Grundlage der Krankheit ist die Laesion der motorischen corticospinalen Bahn, Laesion der Rinde der Ganglien und der weissen Gehirnmasse (Erweichung, Cysten, Induration, Porencephalie, Hydrocephalus, Atrophie, Sklerose). Die anfänglichen Läsionen beruhen auf Haemorrhagien des Gehirnes und der Meningen, Embolien, Thrombosen, Encephalitis und Meningoencephalitis. Auch im Rückenmarke kann die Laesion sitzen. Die Prognose quoad vitam ist nicht schlimm; auch quoad sanationem manchmal günstig, verschiedene Formen spinalen Ursprunges haben schlimmere Prognosen. Zur Behandlung werden empfohlen: Prophylaxis, Gymnastik, Elektrotherapie, Massage, passive Bewegungen, symptomatische Therapie (Tonica, Antiluetica) Brom, chirurgische Behandlung der Deformitäten, Trepanation, psychische Therapie und pädagogische Erziehung. Goldbaum-Wien.

Ueber die Behandlung der Purpura haemorrhagica mit Gelatineserum. Von Constinesco (Journ. de méd. intern. No. 16, 1899).

Constinesco teilt 7 Fälle von Purpura haemorrhagica mit, welche

Digitized by Google

er mit Gelatineserum behandelt hat. Die 7 Fälle betrafen zumeist Kinder von 6—14 Jahren. Bei sämtlichen Kindern genügten eine einzige, selten zwei Injektionen, um alle Erscheinungen, darunter auch sehr schwere, welche durch die multiplen Blutungen bedingt waren, zum Rückgange zu bringen. Das 2 % Gelatineserum wurde je nach dem Alter des Patienten in Mengen von 40—200 cm^3 eingespritzt. Die Injektionen wurden stets ins Zellgewebe des Abdomens gemacht, sie sind schmerzhafter als gewöhnliche Seruminjektionen. Die Resorption geschieht nach einer Stunde, spätestens nach drei Stunden. Nie wurde auch nur die geringste Temperatursteigerung nach den Injektionen beobachtet. Bemerkenswert ist, dass sämtliche Kranke am Tage nach der Injektion das Bett verlassen konnten, ohne neue Nachschübe zu bekommen. Drei der beobachteten Fälle wurden noch nach Monaten verifiziert, die andern erschienen nicht wieder, trotzdem sie aufgefordert wurden, beim ersten Auftreten neuer Blutungen wiederzukommen. Auch bei starken Nasenblutungen war die subkutane Gelatineinjektion stets von Erfolg begleitet. Die Wirkung der Gelatine bei purpura haemorrhagica erklärt sich dadurch, dass einerseits der Blutkuchen weniger retraktil ist wie normal, andrerseits eine Gefässerweiterung infolge der Einwirkung der Toxine auf das Nervensystem vorhanden ist. Durch die Gelatine wird die Gerinnbarkeit des Blutes gesteigert, dadurch hören die Blutungen auf, welche durch die Gefässerweiterung allein nicht hervorgerufen werden könnten.

Goldbaum-Wien.

Die Prophylaxe der Pertussis, mit besonderer Rücksicht auf die Verbreitung der Tuberkulose. Von I. Bókay. (Gyermekgyógyástat 1899, No. 3.)

Schon seit lange ist es bekannt, dass zwischen Pertussis und Tuberkulose ein gewisser Nexus besteht; trotzdem wird dieser verderblichen Kinderkrankheit weder von der Bevölkerung, noch von den Behörden ein richtiges Verständnis entgegengebracht. Die Disposition für Keuchhusten ist im Kindesalter sehr ausgeprägt, ihre Morbiditätsziffer erreicht mit Ausbruch einer Epidemie aussergewöhnliche Höhen; in Budapest waren in den Jahren 1877 und 1889 die Seuchen so schwer, dass von 8184, beziehungsweise 14 849 ambulanten Kranken des Stefanie-Kinderspitals 485, beziehungsweise 572 an Keuchhusten gelitten, eine Zahl, welche in den letztverflossenen 60 Jahren im Kinderspital bei keiner anderen Infektionskrankheit nachweisbar gewesen. Die Durchschnittsmortalität der Pertussis erreicht nach Aussage der Autoren 9,5 %, doch wird sie durch Komplikationen und Nachkrankheiten um Vieles erhöht. Aus den neuesten statistischen Zusammenstellungen ist ersichtlich, dass in Paris von 1880—1893 6074 Kinder an Pertussis gestorben, und Johnston erwähnt, dass in den vereinigten Staaten Nordamerika's in zehn Jahren 100 000 Kinder an Keuchhusten zu Grunde gingen. Das Gefährliche an der Pertussis ist, dass sie in den gesunden Respirationsorganen krankhafte Veränderungen hervorrufen kann, in den schon früher erkrankten die akutesten Erscheinungen, welche sehr oft einen deletären Ausgang nehmen. Die entzündlichen Veränderungen der Bronchialdrüsen, wie

Digitized by Google

sie der Pertussis eigen zu sein pflegen, geben durch ihre käsige Degeneration den ersten Anstoss zur Entstehung von Bronchopneumonien, Basilarmeningitiden und von akuter Miliartuberkulose. —

Die Prophylaxe kann eine ideale genannt werden, sobald es gelingt, die erkrankten Kinder von den gesunden ganz abzusondern und nachdem die Pertussis zumeist Kinder zarten Alters befällt, sind Spielplätze und Kleinkinder-Bewahranstalten strengstens zu überwachen. — Schwach entwickelte oder an irgend einer Respirationskrankheit leidende Kinder müssen bei Ausbruch einer Epidemie allsogleich an einen anderen, noch infektionsfreien Ort gebracht werden und ist in einer Familie der Pertussis ausgebrochen, müssen die gesunden Kinder in ein anderes Haus geschickt werden, wo sie verbleiben, bis die Krankheit ganz erloschen ist. Zur Aufnahme der Sputa sind besondere Spucknäpfe zu verwenden; sobald in einer Schule 10 % der Schüler erkranken, sind die Schulen sofort zu schliessen. — B. ist für die Errichtung von Spitälern für arme Pertussiskranke und favorisiert diesbezüglich Comby's Vorschläge, bei Tag möchten die Kranken in anderen Räumen sich aufhalten als nachts, den grössten Teil des Tages aber im Freien sein („cure d'air!"). — Die Zimmer sollen nur 3—4 Kindern zum Aufenthalt dienen, für jeden Kranken 50 cbm Luft. —

B. ist nicht für den Klimawechsel der Kranken; der Nutzen, den derselbe bringt, steht in gar keinem Verhältnis zum Schaden, der durch die Durchseuchung eines keuchhustenfreien Ortes entstehen kann. Die Wohnungen der in das Spital überführten Kranken sind behördlich zu desinfizieren. —

L. Bruck, Budapest.

Gesundheitspflege.

Ueber Einführung einer rationellen Schulreform und Unterrichtshygiene wurden auf der Naturforscher- u. Aerztevers. zu München 1899 in einer vereinigten Sitzung der Abteilungen für mathematischen und naturwissenschaftlichen Unterricht, für Hygiene und Kinderheilkunde folgende Beschlüsse gefasst:

1. Für den höheren Schulunterricht kann die Naturwissenschaft ebenso geeignete Grundlagen bieten, wie die sprachlich historischen Fächer. Für die Gegenwart ist anzustreben die Vollberechtigung aller neunklassigen höheren Schulen. 2. Zur Beseitigung der immer noch in weitem Umfang und zum Teil sogar in hohem Grade bestehenden Ueberbürdung, sowie zur Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen der Schüler sind folgende Massnahmen zu treffen: a) Beschränkung und Vereinfachung des Unterrichtsstoffes, soweit es den Unterrichtszielen entspricht, b) Beschränkung der häuslichen schriftlichen Arbeiten und des Memorirstoffes, sowie Eindämmung der vielfach noch herrschenden Neigung zum Verbalismus, c) Fortfall des wissenschaftlichen Nachmittagsunterrichts, d) Festsetzung der Zahl der wissenschaftlichen Unterrichtsstunden auf 24 wöchentlich im Maximum, e) Einführung von 10- bis 15minutigen Pausen nach jeder Unterrichtsstunde in freien

Digitized by Google

Räumen, f) Abschaffung aller Uebergangs- und Versetzungsprüfungen, insbesondere auch der sogenannten Abschlussprüfung zur Erlangung des Befähigungsscheines zum Einjährig-Freiwilligen Dienst, g) Erleichterung der Abiturientenprüfung durch Fortfall der mündlichen Prüfung für den Fall, dass die Jahresleistungen und der Ausfall der schriftlichen Prüfung zufriedenstellend waren, h) die gymnastischen Uebungen sollen niemals zwischen wissenschaftlichen Lehrstunden liegen. 3. Zur Beseitigung der ebenfalls in ausgedehntem Masse bestehenden Ueberbürdung der Lehrer muss ausserdem noch: a) die Normalzahl ihrer wöchentlichen Unterrichtsstunden je nach dem Alter auf höchstens 16 bis 18 festgesetzt werden, b) die Normal- und Maximalzahlen der Schüler einer Klasse in folgender Weise geregelt werden, mit der Bestimmung, dass bei Ueberschreitung der Normalzahl die Klasse geteilt werden kann, bei Ueberschreitung der Maximalzahl geteilt werden muss: Untere Klassen 30 bis 40, mittlere 25 bis 30, obere Klassen 20 bis 25, c) verboten werden, dass die Abiturientenprüfung der Schüler zugleich als eine Gelegenheit zur Prüfung der Leistungen der betr. Lehrer oder gar der Anstalt als solcher betrachtet wird, d) müssen die akademisch gebildeten Lehrer an den höheren Schulen dem Einkommen, Rang, den allgemeinen Beförderungsverhältnissen und der Art der Titelbezeichnung nach mit den Richtern und Verwaltungsbeamten auf gleiche Stufe gestellt werden. 4. Zweckmässig erscheint es ferner: a) das Schuljahr soll nach Schluss der grossen Ferien beginnen, b) die Ferien so zu ordnen, dass in der heissen Zeit (Juli-September) eine längere ununterbrochene Ferienzeit (etwa zwei Monate) besteht, c) die sogenannten Vorschulklassen an den höheren Schulen sämtlich abzuschaffen, d) elementaren Unterricht in der Hygiene bei Lehrern und Schülern einzuführen, e) zur Erteilung dieses Unterrichts sowie zur gesundheitlichen Ueberwachung der Schule und Schüler an den höheren Lehranstalten Schulärzte anzustellen, f) mehr als bisher die akademisch gebildeten Lehrer zu leitenden Stellen in der höheren Unterrichtsverwaltung zu berufen.

Ferner wird die deutsche Staatsregierung ersucht, jährliche statistische Erhebungen über den Gesundheitszustand von Lehrern und Schülern anzustellen. Für die Gründung eines allgemeinen deutschen Vereins für Schulhygiene im Anschluss an den Verein für Volkshygiene in Berlin wurde eine vorbereitende Kommission gewählt, bestehend aus den Herren: Griesbach, Cohn, Recknagel, Kormann, Kerschensteiner, Herberich und Weyl.

Rezensionen.

Leitfaden der Schulhygiene. Von Dr. Ernst Nitzelnadel Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1899.

Das Büchelchen ist eigentlich mehr für Lehrer und Seminaristen bestimmt, wird aber auch dem Arzt, der sich für Schulhygiene interessiert, sehr angenehm sein, indem der Verf. darin in knapper Weise das Wichtigste aus dem Gebiete der Schulhygiene aus dem grösseren

Digitized by Google

Werk über Schulgesundheitspflege von Burgerstein und Netolitzky, Eulenburg und Bach, Baginsky zusammenstellt und klar vorträgt.
S.

Die Hygiene des Ohres. Von Prof. Dr. O. Körner. Wiesbaden J. F. Bergmann, 1898. Preis 60 Pfg.

Das populär geschriebene Büchelchen darf dem Laien auf's Angelegentlichste von dem Arzte anempfohlen werden. Aber auch diese werden manche neuen ihnen bisher unbekannte Anschauungen darin vorfinden.
S.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Von Prof. Dr. A. Baginsky. VI. vielf. vermehrte und verbesserte Auflage; zweite (Schluss)-Abtheilung. Braunschweig, Fr. Wreden, 1899. Ges.-Preis 20 M.

Diese zweite Abteilung ist der ersten, bereits besprochenen, bald nachgefolgt. Sie enthält die Beendigung der sehr ausführlich abgehandelten Krankheiten des Nervensystems — (Schluss der Kr. des Gehirus; Kr. des Rückenmarks; funktionelle Nervenkr.; psychische Störungen; progressive Muskelatrophien); sodann Kr. der Respirationsorgane (Kr. der Nase; Kr. des Kehlkopfs; Kr. der Trachea und der Bronchien; Kr. der Lungen); hiernach Kr. des Circulationsapparates (Kr. des Herzbeutels; Kr. des Herzens); hiernach Kr. der Verdauungsorgane (Kr. des Mundes; Kr. der Zunge; Caries der Zähne; Kr. des Pharynx; Kr. der Oesophagus); weiter die Magen-Darm-Krankheiten (Einleitung; Kr. des Magens; Kr. des Darmkanales; funktionelle Magen-Darmkrankheiten; Kr. des Bauchfells; Kr. der Leber, Kr. der Gallenblase und der Gallenwege; Kr. der Milz; Kr. des Pancreas; Vergrösserung und Geschwülste der abdominalen Lymphdrüsen; Unterleibsbrüche); sodann Kr. des Urogenitalapparates (Kr. der Nebennieren; Kr. der Nieren, Kr. der Harnblase; Kr. der männlichen Sexualorgane; Kr. der weiblichen Sexualorgane); sodann Krankheiten der Sinnesorgane (Erkrankungen der Augen; Erkr. des Ohres); weiter Kr. der Haut (einf. entzündliche Kr. der Haut; Erkr. der Epidermis; Erkr. der Drüsen der Haut; Pigmentanomalien der Haut; Anomalien der Blutgefässe der Haut; mykotische Prozesse der Haut); den Schluss bilden die Kr. der Wirbelsäule (Verkrümmungen der W.) Als Anhang folgt I. Dosierung der gebräuchlichsten Arzneimittel für das Kindesalter; II. die gebräuchlichsten Arzneiformeln für das Kindesalter. Zuletzt Sach- und Namensregister.

Aus dieser Inhaltsübersicht kann man die Vollständigkeit des Werkes ersehen. Von den Krankheiten der Sinnesorgane sind nicht alle bei Kindern vorkommenden Erkrankungen der Augen und Ohren abgehandelt, sondern nur solche, welche entweder die hauptsächlichsten innern Krankheiten des kindlichen Alters komplizieren oder selbst mit schweren Störungen des Allgemeinbefindens verlaufen. Ebenso sind nur die wichtigsten, im kindlichen Alter vorkommenden Hautkrankheiten berücksichtigt. Wegen der übrigen Anomalien wird auf die Spezial-Handbücher verwiesen. Die Krankheiten der Wirbelsäule, welche vielleicht besser und erschöpfender in den chirurgischen und

Digitized by Google

orthopädischen Lehrbüchern abgehandelt werden, sind berücksichtigt weil sie zu den innern Erkrankungen des Kindes in mannigfacher Beziehung stehen.

Auffallend ist, dass die Krankheiten des Bauchfells, der Leber, der Gallenblase und der Gallenwege, der Milz, des Pankreas, der abdominalen Drüsen, ja sogar die Hernien als Magen-Darmkrankheiten aufgeführt sind, während sie doch höchstens den Krankheiten der Verdauungsorgane zugezählt werden könnten; noch besser würden die Krankheiten des Bauchfells und mit ihnen die Hernien abgetrennt.

Betreffs der Therapie sagt Verf. in der Vorrede, dass er, je grösser der Kreis seiner Beobachtungen wurde, desto mehr einsehen gelernt habe, mit wie einfachen Mitteln, wenn anders die hygienischen und diätetischen Verhältnisse richtig gestaltet werden, am Krankenbette des Kindes gute Heilerfolge zu erzielen sind. Der Kinderarzt wird dem Verf. darin völlig beipflichten und den Wunsch, äussern, dass diese Anschauung Allgemeingut der Aerzte werde; andrerseits ist hervorzuheben, das „die richtige Gestaltung der hygienischen und diätetischen Verhältnisse" in der Praxis oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst.

Köppen-Norden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Zur Diphtheriestatistik. Von W. Feilchenfeld. Aus den Mortalitätsziffern für Diphtherie und Croup, welche die Veröffentlichungen des Charlottenburger statistischen Amtes geben, zieht Verf. den Schluss, dass die Epidemie unabhängig von der Therapie ihren Weg geht. Die Zahlen wiesen von 1887 zu 1888 einen jähen Absturz, von da bis 1893 ein langsames, stetiges Ansteigen, 1894 einen erneuten Abfall und dann wieder ein allmähliches Ansteigen auf und zwar nicht wesentlich anders als Ende der 80er Jahre trotz ausgiebiger Benutzung des Serum. Ein klares Bild über den Gang der Epidemie freilich kann nur die Gegenüberstellung der Erkrankungs- und Todesziffer gewähren und nicht bloss aus der Statistik der Krankenhäuser, sondern aus der Praxis aller Aerzte eines Bezirkes nach bestimmtem einheitlichen Schema zusammengestellt. In Charlottenburg hat in den letzten Jahren die Epidemie einen entschieden leichteren Charakter gezeigt, als im Anfang des Jahrzehnts; nur in der jüngsten Zeit scheint er schwerer geworden zu sein. (Therap. Monatsh. 99.)

v. Boltenstern (Bremen).

— Ueber „die Stellung des Kalks in der Pathologie der Rachitis" handelt ein Aufsatz von Stoeltzner. S. widerlegt die als Basis fast aller bisher aufgestellten Theorien geltende Annahme, dass das Knochengewebe aus dem Grunde unverkalkt bleibe, weil ihm der Kalk nicht in genügender Menge oder nicht in geeigneter Form dar-

Digitized by Google

geboten werde. Eigene und anderer Forscher Versuche haben dargethan, dass weder ein zu geringer Gehalt der Gewebsflüssigkeit an Erden, noch etwa eine krankhafte, die Abgabe des Kalks an den Knochen hemmende Beschaffenheit der Gewebsflüssigkeit angeschuldigt werden kann. Dass auch die Annahme einer Störung der Kalkresorption nicht standhält, geht aus den Arbeiten von Rey und Rüdel mit grosser Wahrscheinlichkeit hervor. Auch von pathologischer, schneller Wiederausscheidung des Kalks kann nicht die Rede sein. Es bleibt also nichts anderes übrig, als das Ausbleiben der Verkalkung bei der Rachitis auf einen pathologischen Zustand des Knochengewebes selbst zurückzuführen. Nach dieser Richtung hin werden sich die Forschungen der Zukunft über die Entstehung der Rachitis zu bewegen haben (Jahrb. f. Kinderheilk. 50. Bd.). Friedmann-Beuthen O.-S.

Kleine Mitteilungen.

— Der zum Preise von 2 Mark durch H. Meyer's Buchdruckerei zu Halberstadt zu beziehende Schreibtisch-Wochen-Kalender für Aerzte auf das Jahr 1900 ist recht empfehlenswert wegen seiner praktischen Einrichtung einerseits — die 52 Blätter dienen als Unterlage für die Herstellung der Besuchs- und Geschäftsliste des kommenden Tages —, andererseits wegen derjenigen mannigfaltigen ihm beigegebenen Hilfstabellen und Zusammenstellungen, die zum Nachschlagen bei den schriftlichen Arbeiten und in der Sprechstunde gebraucht werden (wir nennen u. A. Verzeichnis neuerer Heilmittel, Symptome und Behandlung akuter Vergiftungen, Gebührenordnung für preussische Aerzte von 1896.).

— Plasmon (Siebold's Milcheiweiss) ist ein von Siebold's Nahrungsmittel-Gesellschaft in Berlin hergestelltes neues Caseïnpräparat. Es wird aus frischer Kuhmilch, die unter allen Kautelen moderner Molkereiwirtschaft gewonnen wird, hergestellt, in der die pathogenen Keime durch Erhitzen abgetötet sind. Es bildet ein leicht und vollkommen lösliches, völlig geschmack- und geruchfreies Pulver, das den verschiedensten Speisen und Getränken mit grösster Bequemlichkeit zugesetzt werden kann. Es lassen sich dadurch ohne Wissen des Patienten grosse Dosen P., tgl. bis zu 250 g, Wochen und Monate lang verabreichen, ohne dass irgend welche Belästigung oder Widerwille dagegen bemerkbar wird. Die gutachtlichen Aeusserungen (von Prof. Praussnitz, Prof. Fürbringer, Prof. Alb. Fränkel, Pr.-Doc. Dr. Albu etc.) sprechen sich über Nährwert und Bekömmlichkeit des P. sehr günstig aus. Der Preis ist per kg 5 Mark 25 Pf. und ist derselbe anderen eiweisshaltigen Präparaten und Nahrungsmitteln gegenüber ein niedriger zu nennen.

Verlag des „Reichs-Medizinal-Anzeigers“ B. Konegen, Leipzig.
Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter

Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger,
Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Worms.

XI. Jahrgang 1900.

Benno Konegen Verlag.
Leipzig.
1901.

Digitized by Google

Digitized by Google

Register

zum Jahrgang XI des „Kinder-Arzt".

Originalien.

Bruck, Die nächtliche Fnurese und deren Behandlung. 34.
Esch, Ueber Dystrophia musculorum progressiva. 2, 25.
Feuchtwanger, Ueber Citrophen gegen Keuchhusten. 169.
Friedmann, Rachitol bei Rachitis. 200.
–, Die Anurie d. Neugeborenen. 228.
Fürst, Zur Frage des Leberthran-Ersatzes. 13.
Goliner, Ueber Tanocol, ein neues Darmadstringens. 102.
Hille, Zur Behandlung des Rhachitis im Anfangsstadium. 81.
Klages, Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter. 193, 219.
Köppen, Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter. 49.
--, Sana als Ersatz für Leberthran. 202.
Schmey, Ein interessanter Fall von fötaler Rhachitis. 53.
Schröder, Ueber neue Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose. 99.
Selter, Originalbericht über die Verhandlungen der Ges. f. Kinderheilkunde der 72. Vers. deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen. 241, 265.
Sonnenberger, Originalbericht über d. XVIII. Kongress für innere Medicin. 125, 145.
—, Bericht über den 29. Kongress der deutschen Ges. f. Chirurgie. 131.
Spiegelberg, Ein Bild zur Pflege der Neugeborenen u. Säuglinge um das 15. Jahrhundert. 11.
—, Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren. 97.
Tripke, Ueber eine neue Kinderseuche in Coblenz u. Umgebung. 73.
—, Oster'sches Kinderpulvor, ein neues Kindernahrungsmittel. 121.

Referate.

Aleksejew, Pathologie der Bronchialdrüsen im Kindesalter. 230.
Ammon v., Augeneiterung der Neugeborenen. 86.
Angerer v., Chirurgische Behandlung d. Unterleibscontusionen. 133.
Anschütz, Angeborene Blasenspalte. 133.
Arslan, Adenoide Vegetationen. 204.
Backhaus, Forschungen über Milchgewinnung. 270
Bacon, Thrombose d. Sinus sigmoideus. 152.
Baron, Pädiatrisches a. d. Festschrift d. Stadtkrankenhausses zu Dresden. 63.
—, Bewegliche Nieren bei Kindern. 65.
Ballantyne, Antenatale Therapie. 59.
Bardet u. Blondel, Orthoform. 112.
Bendix, Ernährungsphysiologie d. Säuglings. 283.
Berberich, Erythema infectiosum acutum. 136.
Berger, Zahncaries bei Kindern. 182.
Bergel, Argentamin. 232.
Bergmann v, Operationen bei Volvulus, Ileus und Pylorusstenose. 133.
Bertheraud. Diagnose der Lungentuberkulose. 174.
Bessel-Hagen, Exstirpation d. Milz. 133.
Bickel, Krampferregende Wirkung der Galle. 149.
Biedert, Diätetische Behandlung d. Verdauungsstörungen im Kindesalter. 40.
—, Versuchsanstalt f. Ernährung. 269.
Blakely, Akute Otitis bei Scharlach u. Masern. 151.
Bloch, Pemphigus acutus malignus neonatorum. 90.
Bogoras, Zuckerkrankheit im Kindesalter. 43.
Bókay, Harnröhrendivertikel b. Knaben. 181.
Bonnaire, Parotitis. 231.

Digitized by Google

Bornstein, Hebung des Einweissbestandes. 146.
Breton, Fall von Appendicitis. 179.
Bruck, Behandlung der Ozaena mittels der permanenten Tamponade. 39.
Bunge, Gangrän der unterrn Extremitäten. 134.
Camerer jun., Chem. Analysen v. Säuglingen. 267.
Cassel, Bauchfelltuberkulose b. Kindern. 249.
Cerf, Vericellen. 275.
Cima, Smegmabacillus bei Säuglingsotitis. 153.
Cohn, Tannin- u. Silberpräparate beim Darmkatarrh d. Kinder. 232.
Comby, Abführmittel bei Kindern. 59.
—, Uricämie bei Kindern. 254.
Concetti, Eclampsie, Tetanie u. Polio-
—, myeleucephalitis d. Kinder. 207.
Conrads, Unfähigkeit der Mütter zum Stillen. 271.
Coston, Fall v. Nasenpolyp von ungewöhnlicher Grösse. 171.
Cramer, Nahrungsaufnahme der Neugeborenen. 137.
Czerny, Kräftige Kost. 108.
—, Inoperable Carcinome. 131.
Delcourt, Fall v. Gelenkrheumatismus bei Kindern. 256.
Dörfler, Chronische Obstipation im Kindesalter. 107.
Eiselsberg v., Implantierte 2. Zehe an Stelle des verloren gegangenen Zeigefingers. 132.
Epstein, Kufeke's Kindermehl 181.
Escat, Intubation. 20.
Falkenheim, Familiäre amaurotische Idiotie. 244.
Feer, Prophylaxe der Tuberculose im Kindesalter. 246.
Ferrien, Leberveränderungen bei Gastroenteritis. 160.
Fischbein, Stimmritzenkrampf. 243.
Fischl, Anginen im Kindesalter. 18.
Förster, Chronischer Alkoholismus im Kindesalter. 65.
—, Diphtheriestatistik. 65.
—, Incubationszeit von Diphtherie, Scharlach, Masern und Varicellen. 65.
Fothergill, Behandlung d. infantilen Diarrhöe mit Salol und Petroleum. 179.
Fränkel A., Radikaloperation d. Leistenbrüche von Säuglingen. 46.
— B., Uebler Geruch aus dem Munde. 204.
Freund, Sterblichkeit hereditär-luetischer Säuglinge. 278.
Friedjung, Phthisis renum. 108.
Frieser, Eulactol. 110.
—, Houthin. 210.
Fruitnight, Otitis der Exantheme. 150.
Fürst, Nährmittel-Industrie. 209.
—, Anämie im Kindesalter. 255.
Gallois, Scrophulose. 229.
Garbini, Tuberkulose des Mittelohres. 205.
Gerhardi, Physiologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. 241.
Goldmann, Haematogenum siccum Schneider (Sicco). 113.
—, Behandlung der Krankheiten d. Luftwege mit Pertussin Taeschner. 138.
Gradenigo, Otitische Leptomeningitis 151.
Gruber, Fall v. Dehiscenz des knöchernen äusseren Gehörgangs. 205.
Gumprecht, Ein neuer Bestandteil der normalen Spinalflüssigkeit. 148.
Guttmann, Starke Sublimatlösungen in d. Augentherapie. 61.
Hänel, Nephritis bei Varicellen. 248.
Halasz, Trepanation d. Warzenfortsatzes. 204.
Hallé, Gonorrhoische Arthritis beim Kinde. 162.
Hasslauer, Durch Unterkieferläsionen verursachte Gehörgangsverletzungen. 203.
Havemann, Entfernung v. Bohne a. d. rechten Bronchus. 172.
Hermann, Resaldol. 139.
Hertoghe, Myxödema frustum. 19.
Heubner, Säuglingsatrophie. 244.
—, Rückenmarkstumor. 265.
Hilbert, Ueber das constante Vorkommen von Streptococcen in gesunden Tonsillen u. ihre Bedeutung f. d. Aetiologie der Angina. 85.
His, Kobert, Eichengrün u. Kaiser, Aerztl. Gutachten über neu erfundene Arzneimittel. 267.
Hochsinger, Myotonie und Tetanie d. Säuglinge. 105.
—, Hereditär-syphilitische Phalangitis d. Säuglinge. 245.
Höfler, Milchdiät. 43.
Hoffa, Operation des Klumpfusses. 61.
—, Operative Behandlung d. Caput obstipum. 134.
—, Behandlung d. Spondylitis. 234.
Hoffmann A., Paroxysmale Tachycardie. 129.
Hopmann, Beitrag zur Operation der Schädelfibrome. 171.
Hoppe, Mumps 57.
Jablocow, Lungenchirurgie b. Kindern. 257.
Jemma, Pathogene Wirkung der proteolytischen Bakterien. 176.
Johannessen, Hypertrophische Dilatation d. Dickdarms. 178.
Israel, Ueber Operationen bei Nieren- u. Ureterensteinen. 132.
Jusset, Bäderbehandlung bei Typhus. 135.

Digitized by Google

Kassowitz, Phosphor bei Rhachitis. 111.
Keller, Nahrungspausen bei d. Säuglingsernährung. 177.
Kiralyi, Balneo- und Hydrotherapie im Kindesalter. 155.
Klein, Die Eisensomatose nebst einigen Bemerkungen über Anämia infantum pseudoleucämica. 45.
Klemperer, Ozaena. 282.
König, Gelenkoperationen. 132.
Königschmied, Alsol. 111.
Körner, Intracranielle Complicationen bei Ohreiterungen. 154.
Kohts, Lumbalpunktion bei Kindern. 257.
Kojukoff, Varicella gangränosa. 56.
Kormann, Sanitätsstationen in Schulen. 242.
Korányi v., Pneumonie. 125.
Kraus, Züchtung d. Typhusbacillus. 149.
Krause, Operation d. nach gangränösen Hernien zurückbleibenden künstlichen Afters. 134.
Krauss, Epicarin. 210.
Krönlein, Operative Behandlung d. Darmcarcinome. 131.
Kümmel, Methoden zur Feststellung der Funktionsfähigkeit d. Nieren. 133.
Labbé, Soor. 84.
Lange, Osteopsathyrosis. 208.
Lenné Eiweisszufuhr bei Diabetes. 148.
Lermoyez, Eczem des Ohres. 206.
Leutert, Komplikation von Otitis media. 203.
Lewis, Mastoiditis. 153.
Lexer, Teratome d. Bauchhöhle. 134.
Lippmann, Rückfälle. 175.
Litten, Endocarditis. 127.
Löhnberg, Fall v. Stichverletzung des Ohres. 206.
Lucae, Fall v. profusem Ausfluss v. Liquor cerebrospinalis. 151.
Luciani, Itrol bei Conjunctivitis blennorrhoica. 279.
Manasse, Fall von Epistaxis durch e. Blutegel. 171.
Mardoen, Diphtherie-Immunität nach Diphtherieheilserum. 173.
Marton, Akuter Retropharyngealabscess. 87.
Mayer W., Heilserum u. Tracheotomie. 46.
Michaëlis, Sauerstofftherapie. 149.
Mabu, Stenose des äusseren Gehörgangs. 206.
Monti, Tuberkulose. 38.
Most, Topographische Verhältnisse d. hinter dem Nasenrachenraum gelegenen Lymphdrüsen. 135.
Muck, Mastoiditis. 203, 204.
Müller, Entstehung d. Lungenentzündungen. 146.
Netter, Otiatrisches Sammelreferat, 150, 203.
—, Rhino-laryngologisches Sammelreferat, 170.
Neumann, Dilatative Herzschwäche. 280.
Neusser, Maltafieber. 129.
Nobécourt, Ausscheidung von Zucker durch den Urin des Kindes. 180.
Nové-Josserand u. Brisson. Hochstand d. Schulterblattes. 161.
Onodi, Lipom d. Mandel. 171.
Oppenheimer, Beitrag zur künstl. Säuglingsernährung. 270.
Payr, Blutgefäss- u. Nervennaht. 135.
Pel, Pneumonie. 126.
Peltesohn, Rhinitis fibrinosa. 251.
Petit, Nitras argenti bei Darmtuberkulose. 249.
Piaget, Schwere Blutung nach Operation v. adenoiden Vegetationen. 171.
Pfeffenberger, Epicarin. 158.
Pöhl, Organotherapie bei Autointoxikationen. 147.
Pölchen, Operation der traumatischen Epilepsie. 134.
Ponfick, Die Beziehungen zwischen Scrophulose u. Tuberculose. 245.
Preisich, Occipitalmeningocele. 62.
Ranke v., Nomatöser Brand. 266.
Rende, Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem 89.
Rey, Contraindication d. Phimosenoperation 267.
—, Die Kinderheilkunde als Specialität. 273.
Riegler, Behandlung d. Rachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd. 17.
Riese, Trombophlebitis d. Sinus cavernosus u. transversus. 134.
Roche, Einfache Behandlung d. Epistaxis. 179.
Roglet, Kernig'sches Symptom bei Meningitis. 250.
Rolly, Masern. 39.
Rubner u. Heubner, Künstliche Ernährung e. Säuglings. 91.
Rumpf, Behandlung d. nervösen oder funktionellen Herz- u. Gefässtörungen. 58.
Sargnon, Intubation u. Tracheotomie ausserhalb d. Croup. 155.
Sarwey, Händedesinfection vor chirurgischen Eingriffen. 134.
Schiff, Hämatologie d. Neugeborenen. 184.
Schmalz, Chronische Herzstörungen nach Diphtherie. 64.
Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. 242.
Schmidt Ad., Rötheln- u. Erythemepidemien. 17.
—, Sauger. 270.

Digitized by Google

Schmorl, Pathologische Anatomie des Morbus Barlow. 66.
Schöngut, Fall von geheilter Stirnsinnsthrombose. 152.
Schott, Influenza u. chronische Herzkrankheiten. 130.
Schraga, Sinusphlebitis. 153.
Schwarz, Acetonausscheidung. 149.
Seiffert, Serumexantheme. 272.
Selter, Fleischzerkleinerungsapparat. 267.
—, Perityphlitis. 274.
Siegert, Infantile myxödematöse Idiotie. 271.
Sonnenberger, Aetiologie u. Pathogenese d. akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. 145.
Sorgente, Bösartige Nierengeschwülste im Kindesalter. 207.
Still, Pavor diurnus. 139.
Strauss, Klystiere u. Suppositorien v. Heidelbeerextract zur Behandlung colitischer Processe 106.
—, Zur Funktion d. Magens. 148.
Stubenrauch v., Veränderung d. wachsenden Knochens durch Phosphor. 132.
Stucky, Entfernung v. Mandel u. adenoiden Vegetationen mit tötlichem Ausgang. 171.
Swarzensky, Funktionelle Herzgeräusche im Kindesalter. 176.
Tansley, Acute Otitis u. Mastoiditis. 151.
Terrien, Peritonitis tuberculosa. 277.
Thiemich, Imbecillität im Kindesalter. 87.
Troussand, Enterocolitis mucomembranosa. 281.
Ungar, Chronische Peritonitis und peritoneale Tuberkulose. 266.
Unruh, Gleichzeitiges Erkranken an Scharlach u. Masern. 63.
Vacher, Syphilis nasalis. 170.
Vierordt, Cyanose. 130.
Vidal, Behandlung der Chorea mit Injection v. Pferdeblutserum. 231.
Wagenhäuser, Taubheit bei e. Osteomyelitis. 173.
Wassermann, Neue Versuche auf d. Gebiet d. Serumtherapie. 149.
Weil u. Lesieur, Exanthematische Form d. Kindertyphus 162.
Weinberger, Scoliose. 158.
Weintraud, Abbau d. Nucleïns. 148.
Wenckebach, Arythmie des Herzens 129.
Whitney, Periodisches Erbrechen bei Kindern. 41.
Wickel, Fall von Friedreich'scher Krankheit 159.
Young, Otitische Sinusthrombose. 152.
Zabludowsky v., Erkrankungen d. Hände bei Klavierspielern. 135.
Zuppinger, Darmkrebs im Kindesalter 206.
Zur-Mühlen v., Fall v. Labyrinthnekrose. 154.
Zweifel, Rhachitis. 252.

Gesundheitspflege.

Baur, Körperliche und geistige Früh- u. Spätentwicklung, 67.
Biedert, Versuchsanstalt f. Ernährung. 284.
Bion, Ferienkolonien. 164.
Boysen, Die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Kuhmilch. 185.
—, Entwurf eines Reichsgesetzes betr. Abwehr und Unterdrückung der Eutertuberkulose d. Kühe 186.
Concornetti Frl., Die Häufigkeit der pathogenen Microorganismen in der Luft. 47.
Frankenburger, Obligatorische u. fakultative Jugendspiele. 234.
Geiser, Die Konstruktion von Böden, Wänden u. Decken in Schulhäusern u. Turnhallen. 164.
Girard, Die Verwahrlosung vom medizinischen Standpunkt aus. 164.
Kirchner, Die erforderliche Vorbildung der Schulärzte. 114.
Kobert, Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen. 21.
Kühnau, Die Verbreitung der Tuberkulose unter dem Rindvieh. 186.
Reissig, Schulärzte und Curpfuscherei. 114.
Röse, Leitsätze zur Zahn- und Mundpflege. 211.
Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. 258.
Schulärztliches. 114.
Schuschny, Die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder. 185.
Waldeyer, Die hygienischen Maassregeln des Landwirts zur Bekämpfung der Rindertuberkulose. 186.
Weigmann, Die Gefahr der Uebertragung der Tuberkulose durch Milch und Milchprodukte. 186.
Werder, Hygienische Anforderungen an den Stundenplan. 164.
Zülch, Die Notwendigkeit einer besseren Fusspflege u. Fussbekleidung. 140.

Rezensionen.

Abeles, Die laryngo- u. rhinologischen Untersuchungsmethoden. 259.
Adler u. Kronfeld, Medizinische Chronik des 19. Jahrhunderts. 236.
Beier, Die Untersuchung des Harns u. sein Verhalten bei Krankheiten. 141.
Bernheim, La médication ergotée. 261.

Digitized by Google

Biedert, Die Kinderernährung im Säuglingsalter, 4. Aufl. 286.
Blenke, Ueber othopädische Apparate. 166.
Brandt, Klinik d. Krankheiten d. Mundhöhle, Kiefer und Nase. Heft 1. Defekte u. Phosphornekrose. 68. Heft 2. Empyeme u. Cysten. 94.
Carossa, Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit d. Lungentuberkulose. 69.
Eitelberg, Praktische Ohrenheilkunde. 47.
Fischer, Das 1. Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. 70.
Fischl, Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters. 213.
Flamm, Die Entwicklung und Geburt des Menschen. 2. Aufl. 115.
Friedmann, Die Pflege u. Ernährung des Säuglings. 236.
Fuchs, Die Prophylaxe in der Psychiatrie 187.
Goldschmidt, Zur Geschichte der Prophylaxe. 211.
Herzfeld, Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte, 2. Aufl. 48.
Jessner, Kompendium d. Hautkrankheiten. 286.
Liebmann, Vorlesungen über Sprachstörungen, Heft 4: Poltern. 116.
Liebreich, Mendelsohn und Würzburg, Encyklopädie der Therapie, 3. (Schluss)-Band. 213.
Monti, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen, Heft 6—9. 22.
Nägeli, Nervenleiden u. Nervenschmerzen, ihre Behandlung u. Heilung durch Handgriffe. 2. Aufl. 48.
Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten, 2. Aufl. 236.
Ortner, Vorlesungen äber spezielle Therapie innerer Kranhheiten, 2. Aufl. 115.
Pfeiffer A., 16. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene. 213.
—, L., Taschenbuch der Krankenpflege. 260.
Röse, Anleitung zur Zahn- und Mundpflege. 237.
Rothe, Erlebtes u. Erstrebtes. 70.
Sachs, Die Kohlenoxyd-Vergiftung. 188.
Schäffer, Atlas u. Grundriss des Lehre vom Geburtsakt u. der operativen Gehurtshilfe. 115.
Schönenberger, Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Kurvorschriften, 2. Aufl. 166.
Seifert, Gerhards, Lehrbuch d. Kinderkrankheiten, 2. Bd. 5. Aufl. 259.
Seyler, Kinderhygiene vom medizinisch-pädagogischen Standpunkt. 164.
Sternfeld, Die frühzeitige Extraction des 6jähr. Molaren. 165.
Zuckerkandl, Atlas der topographischen Anatomie des Menschen, Heft 1: Kopf und Hals. 212.

Digitized by Google

Sach-Register.

A.

Abführmittel bei Kindern. 59.
Acetonausscheidung. 14.
Acne. 143.
Adenoide Vegetationen. 171, 204.
After, künstlicher. 134.
Alkoholismus im Kindesalter. 65, 89.
Alsol. 111.
Anämie im Kindesalter. 255.
Anämia infantum pseudoleucämica. 45.
Anatomie, topographische, Atlas ders. 212.
Angina. 18, 85, 191.
Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen. 21.
Antenatale Therapie. 59.
Antirheumaticum. 240.
Antitussin. 262.
Anurie bei Neugeborenen. 228.
Appendicitis 179.
Argentamin. 232.
Arteriendruck im Kindesalter 141.
Arthritis blennorrhoica, 23, 162, 191.
Arzneimittel, neu erfundene, Erteilung v. ärztl. Gutachten über dies. 267.
Arthrodese bei Schlottergelenken. 239.
Arythmie d. Herzens. 129.
Atrophie d. Säuglinge. 244.
Augeneiterung d. Neugeborenen. 86, 118, 190, 279.
Augensalbe. 23.
Augentherapie, starke Sublimatlösungen in ders. 61.
Autointoxikationen. 147.

B.

Bacillen, säureliebende im Säuglingsstuhl. 143.
Bacillen. säurebeständige bei Säuglingsotitis. 153.
Bakterien, Ausscheidung ders. durch Milch. 119.
Baden Neugeborener. 238
Balanitis. 143.
Balneo- u. Hydrotherapie im Kindesalter. 135.
Barlow'sche Krankheit. 66.
Bauchhöhle, Teratome ders. 134.
Blasenspalte, angeborene. 133.
Blepharitis chronica. 143.
Blutgefäss- u. Nervennaht. 135.
Böden, Wände, Decken, Konstruktion ders. in Schulhäusern. 163.
Bohne, Entfernung einer B. aus d. Bronchus. 173.
Bronchialdrüsen, Pathologie ders. im Kindesalter. 230.
Bronchialerweiterungen- u. Höhlen. 262.

C.

Caput obstipum. 134.
Carboformal-Glühblocks. 216.
Carcinom. 131, 206.
Caseïnfermente. 167.
Cholelithiasis. 133.
Chorea 231.
Chronik, medizinische des 19. Jahrhunderts. 236.
Citrophen. 196.
Conjunctivitis blennorrhoica. 86, 118, 190, 279.
Congress, 18. f. innere Medizin. 72.
Combustio. 216.
Coxa vara. 190.
Cyanose. 130.
Cystitis. 240.

D.

Darmcarcinom. 131, 206.
Darmcatarrh. 232.
Darmtuberculose. 249.
Dermatitis exfoliativa. 288.
— — gangränosa infantum. 141.
Desinfektion der Hände. 134.
— — Wohnungen. 216.
Diabetes mellitus. 43, 148.
Diarrhoe. 71, 179.
Dickdarm, Dilatationen dess. 178.
Dilatationen, hypertrophische des Dickdarms. 178.
Diphtherie. 17, 22, 46, 64, 65, 142, 173, 191, 215.
Diphtherieheilserum. 22, 46, 48, 173.
Dystrophia musculorum progressiva. 2, 25.

Digitized by Google

E.

Eclampsie bei Kindern. 207, 240.
Eisensomatose. 45.
Eiweissbestand im Organismus, Methoden zur Hebung dess. 146.
Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät. 148.
Ekzem. 23, 24, 96, 119, 143, 206, 216.
Endocarditis. 127.
Enteritis. 168, 216.
Fnterocolitis mucco-membranosa 281.
Entwicklung, zu frühzeitige u. späte körperliche u. geistige. 67.
Enuresis nocturna. 34.
Epicarin. 158, 210.
Epilepsie. 96, 134.
Epistaxis. 171, 173.
Erbrechen, periodisches. 41.
Ergotin. 261.
Erlebtes u. Erstrebtes. 70.
Ernährung, Versuchsanstalt für. 269, 284.
— sphysiologie des Säuglings. 283.
Erstes Lebensjahr in gesunden u. kranken Tagen. 70.
Erysipel. 24.
Erythema infectiosum. 17, 73, 136.
Eselsmilch. 215.
Eulactol. 24, 110.
Extractum Chinae Nanning. 264.

F.

Farbensinn, feiner, Täfelchen zur Prüfung dess. 72.
Ferienkolonien. 163.
Ferrum oxydatum lacte saccharatum „Hübler". 189.
Fibrome d. Schädelbasis. 171.
Fleischzerkleinerungsapparat. 267.
Friedreich'sche Krankheit. 158.
Fusspflege u. Fussbekleidung. 140.

G.

Galle u. gallensaure Salze, krampferregende Wirkung ders. 149.
Gangrän d. unteren Extremitäten. 135.
Gastroenteritis. 145, 160, 216.
Geburtsakt u. Geburtshilfe, Atlas u. Grundriss ders. 115.
Gehörgäng, Verletzungen dess. 203.
—, äusserer, Stenose dess. 206.
—, äusserer knöcherner, Dehiscenz dess. 205.
Gelenkoperationen, Wandlungen in der chirurgischen Technik ders. 132.
— rheumatismus. 256.
Geruch, übler aus dem Munde. 204.
Gesellschaft, deutsche für Kinderheilkunde, Bericht über die Verhandlungen ders. in Aachen. 192, 241.

H.

Hsematogenum siccumSchneider(Sicco) 113,
Hämatologie der Neugeborenen. 184
Haematurie 263
Haemorrhoidalknoten 145. 168.
Hände, Erkrankungen d. H. u. Finger bei Klavierspielern. 135.
— desinfection 134.
Harn, Untersuchung dess. 140.
— röhrendivertikel. 181.
— saure Diathese. 168.
Hautkrankheiten, Kompendium der. 286.
Heidelbeerextract, Klystiere u. Suppositorien von. 106.
Heredität bei Krankheiten. 363.
Hernia inguinalis. 46. 118.
— gangränosa. 134.
— umbilicalis. 192.
Herz-Arythmie. 129.
— Geräusche. 176.
— krankheiten u. Influenza. 130.
— u. Gefässstörungen, nervöse oder funktionelle. 58.
— schwäche, dilatative. 280.
— störungen, chronische nach Diphtherie. 64.
Houthin. 210.
Hydrocephalus. 264.
Hydromise. 71.
Hygiene, 16. Jahresbericht über die Fortschritte u. Leistungen ders. 213.

I. J.

Ichthoform. 142.
Idiotie, familiäre amaurotische. 244.
—, infantile myxödematöse. 271.
Ileus. 133.
Imbecillität im frühen Kindesalter. 87.
Impffolgen, unangenehme, Verhütung ders. 189.
— necessaire. 168.
Influenza. 116, 130.
Incubationszeiten. 65.
Intertrigo. 96, 143.
Intubation. 20, 155.
Itrol. 279.
Jahresbericht, Merck'scher f. 1899. 96.
Jodsäure, Behandlung der Diphtherie mit ders. 17.
Jucken. 119.
Jugendspiele. 235.

K.

Kehlkopf, Anatomie d. kindlichen. 22.
Kephir-Pastillen. 120.
Kernig'sches Symptom bei Meningitis. 250.
Keuchhusten. 138. 167, 169, 216, 262, 263, 287.
Kinderernährung im Säuglingsalter. 286.
— heilkunde in Einzeldarstellungen. 22.
— als Specialität. 273.
— hygiene vom medizinisch-pädagogischen Standpunkte aus. 164.
— krankheiten, Behandlung ders. 236.

Digitized by Google

— —, Lehrbuch ders. 259.
— lähmung, essentielle. 239.
— pulver, Ostersches. 121.
— seuche, eine neue. 73.
Klumpfuss. 61.
Knochen, Veränderungen des wachsenden K. unter d. Einfluss v. Phosphor. 132.
— plastik. 132.
Kohlenoxydvergiftung. 188.
Kongress f. innere Medizin, 18. 125, 145.
Koplik'sches Frühsymptom bei Masern. 95.
Kost, kräftige. 108.
Krankenpflege, Taschenbuch ders. 260.
Kufeke's Kindermehl. 181.

L.

Labyrinthnekrose. 154.
Laryngo- u. rhinologische Untersuchungs-Methoden. 259.
Leber, Veränderungen ders. bei Gastroenteritis d. Säuglinge. 163.
— thran-Ersatz. 13, 202.
— —-Injektionen bei Tuberkulose. 215.
Leistenbruch, 46, 118.
Leptomeningitis. 151.
Lipom d. Mandeln. 171.
Liquor cerebrospinalis. Ausfluss dess. 151.
Lues. 143, 170, 240, 245, 278.
Luft, Häufigkeit d. pathogenen Mikroorganismen in ders. 47.
Lumbalpunktion. 62, 257.
Lungenchirurgie bei Kindern. 257.
Lymphdrüsen, topographische Verhältnisse d. hinter dem Rachen- u. Nasenrachenrachenraum gelegenen L. 135.
Lymphdrüsentuberkulose. 117.

M.

Magen, zur Funktion dess. 148.
— darmchirurgie. 133.
Malaria. 96.
Maltafieber. 129.
Mastoiditis. 23, 153, 203, 204.
Mekoniumpfropf d. Neugeborenen. 192.
Melaena neonatorum. 71.
Meningitis. 250.
Meningocele occipitalis. 62.
Mensch, Entwicklung u. Geburt dess.. 115.
Milch. 117, 119, 185, 215.
— diät. 43.
— gewinnung, Forschungen über. 270.
Milz, Exstirpation ders. 133.
Minderbegabung v. Schulkindern. 242, 258.
Molar, 6jähriger, die sog. frühzeitige Extraktion dess. 165.
Molkereiwesen u. Säuglings-Ernährung, die neueren Phasen ders. 72.
Morbilli. 39, 63, 65, 95.
Mund- u. Zahnpflege. 211, 237.
— höhle, Kiefer u. Nase, Klinik d. Krankheiten ders. 65, 94.
— spülung. 167, 240.
Mumps. 57, 231.
Myotonie u. Tetanie der Säuglinge. 105.
Myxödem. 19, 271.

N.

Nabelbruch. 192.
Nährmittel-Industrie. 209.
Naevi. 167.
Nahrungsmittel, das Bedürfnis grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb ders. 144.
Nasenpolyp. 171.
Nephritis. 193, 215, 217, 248.
Nervenleiden u. -Schmerzen, Behandlung ders. durch Handgriffe. 48.
— naht. 135.
Neugeborene, Anurie bei dens. 228.
—, Baden ders. 238.
—, Nahrungsaufnahme ders. 137.
— u. Säuglinge, Pflege ders. um das 15. Jahrhundert. 11.
—, Pflege ders. vor 200 Jahren. 97.
Neutralnahrung, Liebe's. 120.
Nieren, bewegliche bei Kindern. 65.
—, Methoden zur Funktionsprüfung ders. 133.
— u. Ureterensteine, Operationen bei dens. 132.
— geschwülste, bösartige im Kindesalter. 207.
Nomatöser Brand. 266.
Notizbuch, Wellcomes medizinisches. 48.
Nuclein, Abbau dess. im Stoffwechsel. 148.

O.

Obstipation, chronische. 107.
— durch rissigen After. 49.
Ohr, Ekzem dess. 206.
—, Stichverletzung dess. 206.
—heilkunde, praktische. 47.
Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. 86, 118, 190.
Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes. 117.
Organotherapeutik bei Autointoxikationen. 147.
Orthoform. 112.
Orthopädische Apparate. 166.
Osteopsathyrosis. 208.
Oster'sches Kinderpulver. 121.
Otiatrisches Sammelreferat. 150, 203.
Otitis media. 96, 150, 151, 152, 154, 203.
Ozaena. 39, 282.

P.

Pädiatrisches aus der Festschrift des Dresdener Stadtkrankenhauses. 63.
Papulae capitis et faciei. 143.
Parotitis. 57, 231.
Pausen in der Säuglingsernährung. 177.
Pavor diurnus. 139.
Pediculi capitis. 119.

Digitized by Google

Pemphigus acutus malignus. 90. 288.
Perityphlitis. 274.
Peritonitis chron. 266, 267.
Perniones. 24.
Pertussin Täschner. 138.
Pertussis. 138, 167, 169, 216, 262, 263, 287.
Petroleum bei Diarrhoe. 179.
Phalangitis, hereditär-syphilitische d. Säuglinge. 245.
Phimosenoperation, Contraindikation ders. 267.
Phosphor bei Rhachitis. 111.
—. sein Einfluss auf den wachsenden Knochen. 132.
Phthisis renum. 108.
Pneumonie. 125, 126, 146.
Poliomyelencephalitis. 207.
Prophylaxe, Geschichte ders. 211.
— d. Krankheiten des Kindesalters. 213.
Protargol bei Blennorrhoea neonatorum. 118.
Proteolytische Bacterien. 176.
Prurigo. 119.
Psychiatrie, Prophylaxe in ders. 187.
Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. 241.
Pulverstreuer. 24.
Pylorusstenose. 133.

Q.

Quecksilber, Ausscheidung dess. durch die Frauenmilch. 117.
—-Resorbinsalben. 264.

R.

Rachitol. 200.
Resaldol. 139.
Resorcin. 143.
Retropharyngealabscess. 87, 288.
Rhachitis. 53, 70, 81. 111, 158, 200, 203, 252.
Rhagaden. 143.
— des Anus, Verstopfung durch dies. 49.
Rheumatismus articulorum. 256.
Rhinitis. 116, 251.
Rhino - Laryngologischns Sammelreferat. 170.
Rötheln- u. Erythemepidemien. 17.
Rubeolae. 17.
Rückfälle. 175.
Rückenmarkstumor. 265.

S.

Säugling, Pflege u. Ernährung dess. 236.
— Analysen. 267.
Säuglings-Atrophie. 244.
—-Ernährung. 72, 91, 177, 270.
—-Pflege um das 15. Jahrhundert. 11, vor 200 Jahren. 97.
Salol bei Diarrhoe. 179.
Sana. 202.
Sanitätsstationen in Schulen. 242.
Sauerstofftherapie. 149.
Sauger. 189, 270.
Scabies. 119.
Scarlatina. 63, 65, 142, 215, 238.
Schrumpfniere im Kindesalter. 193, 217.
Schulärzte. 114.
Schulgesundheitspflege, Versammlung d. Schweizerisch. Ges. f. dies. 167.
Schulkinder, geistige Ermüdung ders. 185.
—, Minderbegabung ders. 242, 258.
Schulterblatt, Hochstand dess. 161.
Sclerema neonatorum. 214.
Scrophulose. 71, 229, 245.
Seborrhoea sicca. 143.
Serumtherapie, neue Versuche in ders. 149.
Sicco. 113.
Silberpräparate bei Darmcatarrh. 232.
-- bei Darmtuberkulose. 249.
Sinusthrombose. 134, 152, 153.
Skoliose. 158.
Sool- u Seebäder bei Scrophulose. 71.
Soor. 84, 240.
Spasmus glottidis. 243.
Spinalflüssigkeit, normale, neuer Bestandteil ders. 148.
Spondylitis. 234.
Sprachstörungen. Vorlesungen über. 116.
Stomatitis. 167.
Stillen, Unfähigkeit der Mütter zum 271.
Stimmritzenkrampf. 243.
Streptokokken, lange St. auf gesunden Tonsillen. 85.
Stundenplan, hygienische Anforderungen an dens. 163.
Sublimatlösungen, starke in der Augentherapie. 61.
Syphilis. 143, 170, 240, 245, 278.

T.

Tachycardie, paroxysmale. 129.
Tannigen. 71, 190.
Tanninpräparate bei Darmcatarrh. 232.
Tannopin. 118.
Tanocol. 102.
Taubheit. 173.
Teratome d. Bauchhöhle. 134.
Tetanie. 105, 207.
Therapie, Encyklopädie ders. 213.
—, spezielle innerer Krankheiten, Vorlesungen über. 115.
Thrombophlebitis d. Sin. cavern. u. transv. 134, 153.
— d. Sinus sigmoideus. 152.
-- d. Sinus frontalis. 152.
Tracheotomie. 46, 155.
Tuberkulose, allgemeine. 38, 99, 185, 215, 245, 246.
— d. Bauchfells. 249, 266, 277.
— d. Darmes. 249.
— d. Haut. 96.
— d. Lungen. 69, 174.

Digitized by Google

-- d. Lymphdrüsen. 117.
— d. Mittelohres. 205.
— d. Nieren. 108.
— u. Heilstättenwesen, Zeitschrift f. dies. 120
Tussol. 214.
Typhus abdominalis. 135, 149, 162, 239.

U.

Ulcus tuberculosum cutis. 96.
Unterleibscontusionen. 133.
Uricämie im Kindesalter. 254.
Urin. 140.
— erguss. 238.
— Zuckerausscheidung durch dens. 180.

V.

Vaccination. 167.
Varicellen. 56, 65, 248, 275.
Verdauungsstörungen, diätetische Behandlung ders. 40.
—, acute im Säuglingsalter. 145.
Verein, deutscher f. Gesundheitspflege, 25. Vers. dess. 144.
— allgemeiner deutscher für Schulgesundheitspflege. 192.
Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte. 272.
Versammlung, 72. deutscher Naturf. und Aerzte. Abteilung f. Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege 241, 265.
Verstopfung. 49, 107.
Verwahrlosung vom medizinischen Standpunkte aus. 163.
Volkshygiene, Zeitschrift des Vereins für V. 240.
Volvulus. 133.
Vulnera. 143.
Vulva, Diphtherie ders. 191.

W.

Warzenfortsatz, Trepanation dess. 204.
Wasserstoffsuperoxyd, Behandlung der Diphtherie mit. 17.
Wegweiser zur Ansführung ärztlicher Kurvorschriften. 166.

Z.

Zahncaries bei Kindern. 182.
—- u. Mundpflege 211, 237.
Zehe, Implantation einer Z. f. einen verloren gegangenen Finger. 132.
Zuckerausscheidung durch den Urin. 180.

Digitized by Google

Autoren-Register.

Abeles 259
Adler 236
Agéron . . . 150
Aleksejew . . . 230
Alivisatos . . . 96
Ammon v. . . 86
Angerer v. . . 133
Anschütz . . . 133
Arnheim . . . 287
Arslau 204
Bacon 152
Backhaus . . . 270
Bäumler . . . 127
Baginsky . . . 238, 288.
Ballantyne . . 59
Bardet 112
Baron . . . . 63, 65.
Baur 67
Beier 141
Bendix 283
Berberich . . . 136
Bergel 232
Berger 182
Bergmann v. . 133
Bernheim . . . 261
Bertheraud . . 174
Besnier . . . 216
Bessel-Hagen . 133
Biedert . . . 40, 269, 284, 286.
Bickel 149
Bischofswerder . 189
Blackely . . . 151
Blencke . . . 166
Bloch . . . . 90, 274.
Blondel . . . 112
Bókay 181
Bogoras . . . 43
Bonnaire . . . 231
Bornstein . . . 146
Boysen . . . 185
Bion 163
Brandt . . . . 68, 94.
Brat 96
Breton 179
Brisson . . . 161
Broy 96
Bruck . . . . 34, 39.
Bunge 134
Burwinkel . . 143
Callaneo . . . 216
Camerer jun. . 267
Carossa . . . 69
Carra 23
Carrière . . . 116
Cassel 249
Cerf 275
Cima 153
Cohn 72
Cohn H. . . . 232
Cohn Mich. . . 95
Comby . . . . 59, 254.
Concetti . . . 207, 215.
Concornotti . . 47
Conrads . . . 243, 271.
Converse . . . 116
Coston 171
Cramer . . . 137, 192.
Cronkhill . . . 71
Czerny (Prag) . 108
Czerny (Heidelb.) 131
Daldy 22
Debove . . . 216
Delcourt . . . 256
Dietrich . . . 142
Dörfler 107
Ehrlich . . . 150
Eichengrün . . 268
Eiselsberg v. . 132
Eitelberg . . . 47
Epstein . . . 181
Escat 20
Esch . . . . 2, 25.
Essen 214
Falkenheim . . 243, 244.
Feer 246
Ferrien . . . 160
Feuchtwanger . 169
Finkelstein . . 143
Fischbein . . . 243
Fischer . . . 70
Fischl . . . . 18, 213.
Flamm 115
Förster . . . 65
Fothergill . . . 179

Digitized by Google

Fränkel A. . . 46
Fränkel B. . . 204
Franke . . . . 118, 192.
Frankenburger . 234
Freeman . . . 119
Freund . . . 278
Friedjung . . . 108
Friedmann . . 200, 228, 236.
Frieser . . . . 110, 210, 214, 240.
Fruitnight . . 150
Fuchs 187
Fürst . . . . 13, 72, 209, 255.
Galatti 22
Galli-Valoid . . 142
Gallois 229
Garbini . . . 205
Geiser 163
Glénard . . . 239
Gerhardi . . . 240
Gerhardt . . . 259
Göpel 134
Goldmann . . 113, 138.
Goldschmidt . . 211
Goliner . . . 102, 264.
Girard 163
Gradenigo . . 151
Gruber 205
Gnercini . . . 167
Gumprecht . . 148
Gutmann . . . 71
Guttmann . . . 61
Hacker v. . . . 134
Hänel 248
Halasz 204
Hallé 162
Hamilton . . . 263
Hasslauer . . . 202
Havemann . . 172
Hecht 215
Henle 131
Hermann . . . 119
Herrmann . . . 262
Hertoghe . . . 19
Herzfeld . . . 48
Heubner . . . 91, 244, 265.
Hilbert 85
Hildebrandt . . 150
Hille 81
Hintner . . . 216
His 128
His jun. . . . 257
Hochsinger . . 105, 243, 245, 267.
Höfler 43
Hoffa . . . . 61, 134, 234.
Hoffmann A. . 129
Hopmann . . . 171
Hoppe 57
Israel 132
Jablocow . . . 257
Jemma 176
Jessner . . . 286
Johannessen . . 178
Jürgensen v. . . 126, 128.
Jusset 135
Kaiser 268
Kaposi 119
Kassowitz . . . 111
Kehr 133
Keim 231
Keller 177
Kings 240
Kiralyi . . . 155
Kirchner . . . 114
Klages . . . . 193, 217.
Klein 55
Klemperer . . 282
Knopf 71
Kobert . . . . 21, 268.
König 132
Königschmied . 111
Köppen . . . 49, 202.
Körner 154
Kohts 257
Kojukoff . . . 56
Korányi v. . . 125
Kormann . . . 242
Kowarski . . . 238
Krantwig . . . 274
Kraske 131
Kraus . . . . 149, 210, 262.
Krause 134
Kredel 190
Krönlein . . . 131, 134.
Kronfeld . . . 246
Kühnau . . . 186
Kümmel . . . 133
Labbé 84
Lamhofer . . . 190
Lange 208
Ledermann . . 143
Leick 191
Lenhartz . . . 127, 128.
Lenné 148
Lermoyez . . . 206
Lesieur . . . 162
Leube v. . . . 128
Leubert . . . 203
Lewis 153
Lexer 134
Liebmann . . . 116
Liebreich . . . 213
Lindner . . . 134
Lipes 141
Lippmann . . 175
Litten 127
Löhnberg . . . 206
Löwit 150
Lucae 151
Luciani . . . 279
Mabu 206
Manasse . . . 171, 190.
Mangoldt v. . . 131
Mardoen . . . 173
Marton 87
Mayer W. . . 46
Mendelsohn . . 213

Digitized by Google

Michaëlis . . . 128, 149.
Mikhailoff . . 191
Minkowski . . 150
Model 116
Monti . . . . 22, 38.
Most 135
Muck . . . . 23, 203, 204.
Müller (O. St. A.) 126
Müller (Leipzig) 146
Nägeli 48
Naunyn . . . 127
Nayond . . . 238
Netter . . . . 150, 170, 203.
Neudörfer . . . 24
Neumann . . . 236, 280.
Neusser . . . 129
Nobécourt . . 180
Noorden v. . . 116
Nothnagel . . 127
Nové-Josserand 161
Onodi 171
Oppenheimer . 270
Ortner 115
Ostermann . . 96
Pässler. . . . 127
Pause 114
Payr 135
Peckoldt . . . 96
Pel 126
Peltesohn . . . 251
Petersen . . . 134
Petit 249
Pfeiffer A. . . 113
Pfeiffer L. . . 260
Pfeffenberger . 158
Piaget 171
Pick . . . . 127, 150.
Piotrowski . . 118
Pöhl 147
Pölchen . . . 134
Ponfick . . . 245
Preisich . . . 62
Propper . . . 239
Queirolo . . . 150
Rabow . . . . 24, 142.
Ranke v. . . . 215, 266.
Reissig. . . . 114
Rende 89
Rey. . . . . 267, 273.
Reynault . . . 264
Riedl 150
Riegler . . . 17
Riese 134
Robert. . . . 264
Roche 173
Röse . . . . 211, 237.
Roglet. . . . 250
Rohrmann . . 96
Rolly 39
Rommel . . . 189
Rosenstein . . 127
Rothe . . . . 70, 189.
Rubner . . . 91
Rumpf . . . . 58, 127.
Sachs 188
Sargnon . . . 155
Sarwey . . . 134
Schäffer . . . 115
Schede 132
Schiff 184
Schlossmann . . 243, 245.
Schmalz . . . 62
Schmey . . . 53
Schmid-Monnard 242, 243, 245, 258.
Schmidt Ad. . . 17, 270.
Schmidt W. . . 288
Schmorl . . . 66
Schönenberger . 166
Schöngut . . . 152
Schott 128, 130
Schraga . . . 153
Schröder . . . 99
Schwabe . . . 263
Schwartz . . . 149
Schwarz . . . 263
Schultze . . . 127
Schuschny . . 185
Seifert 259
Selter . . . . 241, 265, 267, 270, 274, 275.
Senator . . . 127
Seyler 164
Shaw 141
Siegert. . . . 191, 266, 271.
Smith . . . . 127, 150.
Somma. . . . 116
Sommerfeld . . 238
Sonnenberger . 125, 131, 145.
Sorgente . . . 207
Spiegelberg . . 11, 97.
Ssokoloff . . . 23
Steinthal . . . 134
Stembo . . . 215
Sternfeld . . . 165
Still. 139
Stöltzner . . . 70
Strauss. . . . 106, 148.
Stubenrauch v. . 132
Stucky 171
Swarzensky . . 176
Tansley . . . 151
Teixeira de Mattos 245
Terrien . . . 277
Thiemich . . . 87
Tittel 118
Torday. . . . 71
Trendelenburg . 133, 134.
Tripke . . . . 73, 121.
Troussand . . 281
Türk 150
Ungar . . . . 243, 266.
Unna . . . . 25, 167, 216.
Unruh 64
Vacher. . . . 170
Vierordt . . . 130
Vidal 231

Digitized by Google

Vollmann . . . 24
Wagenhäuser . 173
Waldeyer . . . 186
Wassermann . . 128, 149.
Weigmann . . 186
Weill 162
Weinberger . . 158
Weintraud . . 148
Wenckebach . . 129
Werder . . . 163
Whitney . . . 41
Wickel . . . 159
Würzburg . . . 213
Young 152
Zabludowski v. . 135
Zeuner 215
Zuckerkandl . . 212
Zülch 140
Zuppinger . . . 206
zur Mühlen v. . 154
Zweifel . . . 252

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandluug jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Januar 1900.** **Heft 1.**

Inhalt: Originalien: **Esch,** Ueber Dystrophia musculorum progressiva 2. — **Spiegelberg,** Ein Bild z. Pflege d. Neugeborenen u. Säuglinge um das 15. Jahrh. 11. — **Fürst,** Zur Frage des Leberthran-Ersatzes 13. — Referate: **Riegler,** Diphtherie 17. — **Schmidt,** Rötheln und Erythemepidemien 17. — **Fischl,** Anginen 18. — **Hertoghe,** Myxödem 19. — **Escat,** Intubation ohne dauernde Ueberwachung 20. — Gesundheitspflege: **Kobert,** Ueber die Ansteckungsgefahr im Eisenbahnwagen 21. — Rezensionen: **Monti,** Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen Heft 6—9 22. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft 22. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis 23. — Kleine Mitteilungen 24.

Abonnements-Einladung.

Mit dieser Nummer beginnt der 11. Jahrgang des „Kinder-Arzt" und treten wir zugleich in das 2. Decennium des Bestehens unserer Zeitschrift ein. Mit Genugthuung dürfen wir dieses Jahrzehnt überblicken. Neben den beiden grossen Organen, die sich die Pflege unseres Spezialfaches angelegen sein lassen, hat unsere Zeitschrift, die sich zur Aufgabe gestellt hat, alles, was von praktischem und wissenschaftlichem Werte in der Kinderheilkunde des In- und Auslandes veröffentlicht wird, den praktischen Aerzten in conciser Form vor Augen zu führen, ihre Stellung zu behaupten gewusst. Die stattliche Reihe von Mitarbeitern, denen hier herzlichster Dank abgestattet wird, sowie die immer zunehmende Verbreitung des „Kinder-Arzt" beweisen uns, dass der von uns eingeschlagene Weg der richtige ist und hoffen wir, dass auch im 2. Decennium die Entwickelung unserer Zeitschrift nach jeder Richtung hin eine stetig voranschreitende sein werde.

Mögen Mitarbeiter und Abonnenten uns ebenso treu zur Seite stehen wie bisher.

Zum Abonnement auf unsere Zeitschrift laden wir zum Schlusse noch ergebenst ein.

Die Redaktion. **Der Verlag.**

Digitized by Google

Ueber Dystrophia Musculorum Progressiva.

Von Dr. Peter Esch, Ass.-Arzt am Kinderkrankenhause zu Leipzig.

Die Lehre von der Dystrophia musculorum progressiva ist noch nicht abgeschlossen; der alte Streit zwischen den Anhängern der „neuropathischen" Theorie und denen der „primär myopathischen" Theorie besteht noch. Manche geistvolle Arbeit von bedeutenden Autoren suchte Licht in das Dunkel dieser Krankheitsform zu bringen. Viele klinische Einzeldarstellungen haben das kasuistische Material in wertvoller Weise vermehrt, viele pathologisch-anatomische Arbeiten versuchten über den Sitz der Krankheit Auskunft zu geben. Trotz dieser Bemühungen konnte keine Einigung in den Ansichten erzeugt werden. Die folgenden Zeilen bezwecken nun im Anschluss an einen kurzen historischen Rückblick über die Entwicklung der Lehre von der progressiven Muskelatrophie und nach einer Beschreibung einer Familie, in der mehrere Mitglieder von der Dystrophia musculorum progressiva befallen sind, den heutigen Standpunkt über die Lehre klarzulegen.

Abgesehen von einigen kurzen Erwähnungen unserer Krankheit — ich nenne die von Van Swieten (1), Abercrombie (2) und Ch. Bell (3) waren Griesinger (4), Aran (5) und Duchenne (6) die ersten, denen es gelang, ein klassisches Bild davon zu entwerfen. Die beiden letzten sahen den Muskel als den Sitz der Erkrankung an, und glaubten, dass von ihm aus die Nerven und das Rückenmark aufsteigend ergriffen würden. Cruveilhier (7) fand nach einer anatomischen Untersuchung die vorderen Spinalwurzeln atrophisch, während Luys (8), Clarke (9) und Hayem (10) die Veränderungen der vordern grossen Ganglienzellen als die Ursache des Leidens anführten. In Deutschland vertrat Friedberg (11) die myopathische Theorie. Zu ungefähr derselben Zeit trat Jaccond (12) mit einer dritten Theorie hervor, indem er den Krankheitsprozess als eine von einer spezifischen Erkrankung des Sympathicus ausgehende Trophoneurose hinstellte. Charcot wies dann in seinen Leçons sur les maladies du système nerveux 1874 den trophischen Einfluss der grossen Ganglienzellen auf die Muskulatur nach und erklärte deren Degeneration als Ursache obigen Leidens; dadurch verhalf er der Theorie von Luys und Clarke zum Siege.

Der grösste und gefährlichste Gegner dieser Anschauung war Friedreich (13). Er stellte in seiner mühevollen und geistreichen Monographie die myopathische Theorie als die allein richtige hin. Die Veränderungen an den peripheren Nerven und am Rückenmarke hielt er für secundär, indem er seine Ansicht folgendermassen formulierte:

„Die progressive Muskelatrophie beginnt primär innerhalb des Muskelgewebes als ein aktiver, entzündlicher Prozess, welcher bezüglich seiner histologischen Verhältnisse durchaus übereinstimmt mit den übrigen Formen chronischer Myositis. Früher oder später kann die im Muskelgewebe bestehende entzündliche Reizung auch die intramuskulären Nervenästchen beteiligen und an denselben eine chronische Neuritis und Perineuritis zur Entwicklung bringen, welche in centripetalem Gange zunächst auf die extramuskulären motorischen

Digitized by Google

Aeste, weiterhin auf die gemischten Nervenstämme und Plexus bis zu den Nervenwurzeln, ja in das Rückenmark selbst zu propagieren, aber auch an jeder Stelle der bezeichneten Bahn zu gelangen, stillzustehen im Stande ist."

Wir wissen jetzt, dass manches Wahre in den Ausführungen Friedreichs enthalten ist; und sein Versuch, die Pseudohypertrophie der Kinder der progressiven Muskelatrophie anzureihen, ist ein sehr glücklicher zu nennen. Jedoch die Mehrzahl der Forscher waren Anhänger von Charcot.

Da brachte Lichtheim (14) seinen berühmt gewordenen Fall zur Veröffentlichung, bei welchem er nach sorgfältiger mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks, trotz ausgesprochener Atrophie der Muskulatur, dieses unverändert fand. Und schon einige Jahre später hob Friedrich Schultze (15) im ärztlichen Vereine zu Heidelberg hervor, dass man bei seinem Krankheitsfalle eine primäre Myopathie annehmen müsse, weil „ein andauerndes Fehlen irgend welcher nervöser Krankheitserscheinungen jeder Art" vorhanden sei. Zwei Ansichten, die entschieden für die Lehre von Friedreich sprachen.

Inzwischen hatte Leyden (16) seine „hereditäre" Form der Muskelatrophie, die Möbius (17) mit Recht zur Pseudohypertrophia musculorum progressiva zuzählte, beschrieben. Diese Form unterschied sich nach Leyden sowohl durch ihre Ätiologie als auch ihren Verlauf von dem Aran-Typus. Stets sind blos Mitglieder einer Familie befallen und die Krankheit beginnt in jungen Jahren mit Schwäche im Kreuz und den untern Extremitäten.

Dieser Streit der Meinungen dauerte nun fort, bis Erb (18) den Nachweis führte, dass der Ausgangspunkt all der verschiedenen Anschauungen in einer mangelhaften klinischen Beobachtungsweise zu suchen sei, indem man grundverschiedene Krankheitsbilder unter einem Namen vereinigt habe. Er hat das Verdienst, zuerst eine klinische Trennung der progressiven Muskelatrophie in zwei verschiedene Klassen bewirkt zu haben: eine Form, die unzweifelhaft spinalen Ursprunges ist — die Amyotrophia spinalis progressiva — eine zweite, die wahrscheinlich myopathischen Ursprunges ist — die Dystrophia musculorum progressiva. — Das Resultat seiner lichtvollen Arbeit, soweit es unsere Krankheit betrifft, drückt Erb in folgenden Worten aus, die ich mir hier anzuführen erlaube;

„Es giebt eine besondere Form der Muskelerkrankung, die teils in Hypertrophie mit nachfolgender oder von vornherein einsetzender Atrophie der Muskelfasern, teils in Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes besteht und sich schliesslich durch eine mehr oder minder hochgradige Lipomatose vervollständigt. Ob die Veränderungen an den Muskelfasern oder am Bindegewebe das Primäre, oder ob dieselben coordiniert sind, ist noch unentschieden. Das periphere Nervensystem, wie das Rückenmark bieten dabei in der Regel keinerlei erkennbare Veränderungen dar. Es ist dies ein sehr chronisches, langsam progressives Leiden, als dessen Ergebniss an jedem befallenen Muskel bald hochgradige Atrophie, bald wahre Hypertrophie, bald Pseudohypertrophie (Lipomatose) erscheinen kann.

„Klinisch ist die Krankheit durch eine höchst charakteristische

Digitized by Google

und immer wiederkehrende Lokalisation der Muskelaffektion (in der oberen Körperhälfte besonders die Pectorales, Cucullares, Latissimi und andere Schulterblattmuskeln, die Beugergruppe am Oberarm incl. Supinator longus, den Triceps etc. betreffend, Vorderam und Hand verschonend; in der untern Extremität die Lendenstrecker, einen Teil der Bauchmuskeln, die Oberschenkelmuskeln, dann die Wade und das Peronaensgebiet teilweise befallend) durch das Fehlen der fibrillären Zuckungen und der E a R, durch das Fehlen aller anderweitigen nervösen oder sonstigen Störungen gekennzeichnet. Sie tritt bald vorwiegend und zuerst in der obern, bald in der untern Körperhälfte auf, wie es scheint, je nach dem Alter der betreffenden Individuen. Die meisten zu dieser Krankheit gehörenden Fälle sind bisher der progressiven Muskelatrophie, ein Teil der sogenannten Pseudohypertrophie zugerechnet worden.

„Das Leiden erscheint bald in Form einer progressiven Muskelatrophie in der Kindheit oder im Jünglingsalter (einige Zeit vor oder nach der Pubertät) und stellt dann das dar, was ich zuerst als „juvenile Form der Muskelatrophie" geschildert habe; es tritt nicht selten in sogenannten „familiären" Gruppen, auch durch mehrere Generationen hindurch auf.

„Tritt die Krankheit schon in der frühesten Kindheit auf und gesellt sich keine erhebliche Lipomatose hinzu, so ist sie das, was man im engern Sinne als „hereditäre Muskelatrophie" bezeichnet hat; verbindet sie sich aber in diesem Falle mit sehr frühzeitiger und hochgradiger Lipomatose, besonders an den untern Extremitäten, so stellt sie die sogenannte „Pseudohypertrophie" dar.

„Aber alle diese Eormen sind untereinander identisch und stellen nur verschiedene Ausdrucks- und Verlaufsweisen, verschiedene Intensitätsgrade einer und derselben Krankheit dar.

„Und diese Krankheit ist, nach unsern heutigen Kenntnissen, sowohl klinisch wie anatomisch, scharf zu trennen von der spinalen Form der progressiven Muskelatrophie". Dies ist die Erklärung Erb's. Vorher hat er in seiner Arbeit den Beweis geführt, dass

1. die Pseudohypertrophia musculorum progressiva,
2. die hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden),
3. die von ihm selbst beschriebene juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)

sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch eine überaus grosse Uebereinstimmung zeigen. Auf der XIII. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte zu Freiburg i. Br. zeigte er in derselben klaren Weise, dass auch die zuerst von Duchenne und später von Landouzy und Dejérine (19) beschriebene sogenannte „infantile progressive Muskelatrophie mit Beteiligung des Gesichtes" die engste Verwandschaft zu obigen Krankheitsbildern besitze.

Er fasst dann die obigen vier Krankheitsformen unter dem erwähnten Namen „Dystrophia musculorum progressiva" zusammen und erklärte sie für eine nosologische Einheit.

Fast alle Forscher in Deutschland und Frankreich waren von den Beweisen Erb's überzeugt; nur eine geringe Anzahl widersprach

Digitized by Google

ihm. So bezeichnete Liebermeister auf der Freiburger Naturforscherversammlung 1884 die Vereinigung der „juvenilen Form“ mit der „Pseudohypertrophie“ als klinischen Fehler, und Landouzy-Déjérine bestanden darauf, dass ihr Krankheitsbild ein selbständiges sei.

Die Gegenüberstellung der Amyotrophia spinalis progressiva und der Dystrophia musculorum progressiva hatte einen bedeutenden Einfluss auf die Anschauungen über den Sitz der Krankheit, indem viele Autoren zu der Ueberzeugung kamen, dass unsere Krankheit eine primäre Myopathie sei, wofür ja so viele Obduktionsbefunde sprechen. Aetiologisch forderten sie eine disponierende Diathese und eine „Constitutionsanomalie“, was Friedreich für die gesamten Muskelatrophien als Ursache verlangte, indem er sagte:

„Es existiert eine disponierende Diathese, die als eine dem Muskelgewebe in nutritiver und formativer Richtung zukommende Schwäche zu definieren ist, durch welche eine geringere Resistenzfähigkeit, eine grössere Neigung desselben zu irritativen und degenerativen Ernährungsstörungen gegeben ist“.

Dem Nervensystem wird bei dieser Auffassung keine Rolle zugesprochen; gegen diese Erklärung lassen sich schwerwiegende Bedenken erheben. Der erste, der diese Bedenken vorbrachte, war Knoll (20) und nach ihm brachten noch andere Autoren und neuerdings auch Erb Thatsachen vor, die für eine Erkrankung des Nervensystems sprechen. Ich erwähne das symmetrische Auftreten der Affektion, das gleichzeitige Befallensein von Muskelgruppen gleicher Funktion. Bisweilen scheint der Krankheitsprozess sich an den Verlauf von Nervenbahnen in den Plexus, an die Anordnung nervöser Centren im Centralorgan anzuschliessen. Auch spricht die Heredität wohl für ein Nervenleiden. Besonders betonen möchte ich aber das häufige Vorkommen von nervösen Erscheinungen sowohl bei dem Patienten selbst als auch bei seiner Familie. So beschreiben viele Beobachter über den erkrankten Muskel besonders an der untern Körperhälfte eine bläulich marmorierte Verfärbung der Haut. Es handelt sich hier um collaterale Fluxionen gegen die Hautgefässe, beruhend auf einer in den pseudohypertrophischen Muskeln bestehenden Cirkulationsstörung. Friedreich sah eine enorme Schweissbildung und erklärte sie auf dieselbe Weise. Interessant sind die Beobachtungen Griesinger's, indem er schreibt:

„Sehr häufig bemerkt man, dass Stellen, wo der Kranke etwas fester angefasst wird, z. B. die Achselgegend, wenn man versucht, ihn unter den Armen zu halten, sich mit ihrer ganzen Umgebung weit über die Druckstellen hinaus röten; auch bei Anstrengungen des Körpers, z. B. wenn der Kranke die Aufforderung, aus dem Bette zu steigen, auszuführen sucht, röten sich oft, ohne alle Berührung und Druck, manche Hautstellen“. Ebenso sind trophische Störungen an den Knochen beschrieben worden; so erzählt Dujardin-Beaumetz (21) von einem an Pseudohypertrophie erkrankten Mädchen, dass bei ihr eine ausgeprägte Atrophie der Kniescheibe bestanden habe. Im neurologischen Centralblatt 1885 ist ebenfalls von einem pseudohypertrophischen Mädchen berichtet, dass beide Ellbogengelenke in Folge von beträchtlicher Atrophie aller Epiphysen schlotternd und nach

Digitized by Google

allen Richtungen frei beweglich seien. Auch die Humerus- und Femurgelenke waren durch Atrophie der Gelenkköpfe abnorm beweglich, in den Kniegelenken waren vorläufig nur die Patellae auf die Hälfte ihres Volumens reduziert.

Manche Obduktionsbefunde liessen Veränderungen am Rückenmark und aus den peripheren Nerven erkennen. Allerdings sind die Befunde sehr verschiedener Art, so sind neben „granular disintegration", myelitischen und sklerotischen Prozessen selbst kongenitale Missbildungen beschrieben worden. In der Beurteilung dieser Resultate schliesse ich mich Schultze an, der sagt, dass an einen causalen Zusammenhang der nur geringfügigen und wenig umfangreichen Veränderungen mit dem ausgebreiteten Muskelschwund ernstlich nicht gedacht werden kann, zumal das Ergriffensein der grossen Ganglienzellen in den Vorderhörnern blos einige Mal konstatiert ist. Dies gilt blos von den alten Fä len. Neuerdings belehren uns die Arbeiten von Heubner (22), Schulz (23) und Preisz (24) eines andern. Ich gestatte mir das Ergebnis ihrer Forschungen kurz hier wiederzugeben:

Heubner fand am Rückenmark: „Bedeutender Verlust an Ganglienzellen in allen Teilen, besonders im mittleren und oberen Teil der Lendenanschwellung. Direktes Zerfallen nicht zu sehen, mehr einfacher Schwund, wodurch Lücken an den Orten früherer Zellen entstehen. Eine auffällige Schrumpfung des Gesamthorns ist nicht zu erkennen; erklärlich, weil der krankhafte Prozess ganz ausschliesslich eben nur die Ganglienzellen ergriffen, so zu sagen „herausgefischt" zu haben scheint. Im Halsmark, wo der Prozess am jüngsten besteht, ist keine Vermehrung der Neurogliakerne zu konstatieren. Die vorderen Wurze'n meist atrophisch und faserarm. Periphere Nerven dünn und atrophiert, hervorgerufen durch einen einfachen Schwund von Nervenfasern. Auch viele Muskelnervenäste scheinen atrophiert".

Schulz berichtet vom Rückenmark: „Lumbalans hwellung auf der rechten seitlichen und hintern Fläche in einer Ausdehnung von 4 cm von der pia mater ganz entblösst, die hinteren Wurzeln vollständig fehlend, die vorderen nach der andern Seite gelagert. (Der Autor hält den letzten Defekt selbst für arteficiell.) Im rechten Vorderhorn der Halsanschwellung ein Erweichungsherd. Das Gewebe der grauen Substanz hier wie zerfetzt, von roten Blutkörperchen durchsetzt. Die grossen Ganglienzel'en hier an Zahl geringer, zum Teil geschrumpft, zum Teil gequollen, ohne deutlichen Kern; Fortsätze teilweise fehlend. Weisse Substanz normal. In der Lendenanschwellung fast der ganze rechte Seitenstrang bis auf Reste der Substantia reticularis fehlend. — Im ganzen Mark Gang'i nzellen teils gequollen, teils geschrumpft ohne deutliche Kerne und Fortsätze. — Periphere Nerven zum Teil atrophisch, einfacher Faserschwund".

Preisz schreibt: „An den intramuskulären Nervenbündeln ist das Peri- und Endoneurium gewuchert; auch stark gequollene Axencylinder. An den grösseren peripheren Nervenstämmen interstitielle Neuritis. Die vorderen Wurzeln zeigen besonders im mittleren Dorsalteil dieselben Veränderungen wie die Nerven. Rückenmark: Im obersten Halsteil einige stark geschrumpfte, fortsatz- und kernlose Ganglienzellen der Vorderhörner. Im Dorsalmark ausgebreitete

Digitized by Google

grössere und kleinere Hämorrhagien mit Zerstörung der grauen Substanz. Diese Partie ist 4 cm lang. Im oberen Lendenmark, in den Vorderhörnern ausgedehnte Veränderungen: um die Gefässe ein breiter, aus einem fein granulierten Maschengewebe bestehender Hof ohne Nervenelemente, teilweise mit roten und weissen Blutkörperchen. Die Ganglienzellen teilweise ganz atrophisch, zu kleinen pigmentierten Schollen geworden. Wahrscheinlich auch Vermehrung der Gliazellen. In der weissen Substanz kleine Lücken und verdickte Axencylinder. In der Lendenanschwellung ebenfalls Blutungen".

Solche Befunde bei unzweifelhaften Fällen von Dystrophia musculorum progressiva sprechen doch ein verneinendes Urteil über die reine, ausschliesslich myopathische Theorie. Aber wie soll man dann das rätselhafte Krankheitsbild erklären? Sehr bequem könnte man sich über die zahlreichen negativen pathologisch-anatomischen Ergebnisse am Centralnervensystem hinwegsetzen, wenn man sich auch in diesem Falle den Ausführungen von Möbius anschliesst, der sagt: „gewiss wird kein konsequent Denkender glauben, dass es eine Funktionsstörung ohne materielle Störung gebe, dass ein abnorm funktionierendes Centralorgan in seiner Konstitution normal sei, aber unsere anatomischen resp. chemischen Mittel sind für jetzt und höchst wahrscheinlich für immer ungenügend, um feinere Abweichungen vom normalen Bau und der normalen Zusammensetzung erkennen zu lassen. Gehirn- und Rückenmark kann krank sein, ohne dass es der beste Anatom nachzuweisen im Stande wäre".

Erb glaubt an einen neurotischen Ursprung und sucht ihn in einer rein funktionellen Störung der trophischen Centren des Rückenmarks: „Dabei ist an diesen Centren selbst eine gröbere Veränderung mikroskopisch nicht nachweisbar, sondern wird nur manchmal und bei längerer Dauer oder grosser Intensität der Störung sichtbar".

Quincke spricht im Dtsch. Archiv für klin. Medicin 1888 die Hypothese aus, dass in der Hirnrinde neben den motorischen Centren räumlich davon getrennt trophische Centren vorhanden seien. „Es ist denkbar, dass gewisse cortikale Ganglienzellen normalerweise einen trophischen Einfluss auf die motorischen Teile des Rückenmarks und damit indirekt auf die peripheren Nerven und Muskeln ausüben". Das Gleiche glaubt Borgherini (25) annehmen zu müssen und viele Autoren lassen diese Annahme gelten.

Nun fielen aber schon die cerebralen Erscheinungen, die mit unserer Krankheit einhergingen, dem ersten wahren Beobachter der Pseudohypertrophie, Duchenne, dermassen auf, dass er sie „paralysie hypertrophique de l'enfance de cause cérébrale" nannte. Wie viele cerebrale Erscheinungen sind nicht von spätern Autoren bei Beschreibung dieses Leidens erwähnt worden! Ich nenne nur Melancholie, Paranoia, Chorea, Epilepsie, epileptischer Blödsinn, Imbecillität. Zudem sind einige Fälle bekannt, wo die Dystrophia muskulorum progressiva sich im Anschluss an eine cerebrale Krankheit entwickelt hat. So nimmt Bisping (26) an, dass bei seinem Falle die Muskelatrophie ätiologisch mit einer Encephalitis, die sich in Hemiplegie äusserte, in Zusammenhang stehe. Bis jetzt wurde das Gehirn bei den anatomischen Untersuchungen geradezu vernachlässigt. Mir liegen blos

Digitized by Google

makroskopische Untersuchungen vor, die zum Teil die Häute hyperämisch, zum Teil die Gefässe dilatiert finden, während Pick (27) von zwei verkalkten Cysticerken berichtet. Wäre es vielleicht nicht angebracht, bei späteren Obduktionen mehr auf dieses Organ zu achten?

In der jetzt folgenden Beschreibung der Krankheitsfälle handelt es sich um drei Geschwister, von denen zwei längere Zeit in der hiesigen Universitätskinderklinik beobachtet wurden. Die erste Krankengeschichte stammt von Herrn Dr. Eichhorn, einem damaligen Assistenten am Kinderkrankenhause.

Patient, Bruno W., Sohn vom Obermüller Friedrich W. in Wurzen, wurde im Alter von 10 Jahren am 1. Mai 1895 im Kinderspital aufgenommen. Die Eltern sind gesund; von den 9 Geschwistern leidet ein 16jähriger Bruder und eine 17jährige Schwester an demselben Leiden, während zwei Geschwister an Diphtherie beziehungsweise an Keuchhusten gestorben sind. In der Antecedenz ist weder eine derartige noch eine sonstige Nervenkrankheit bekannt. Er überstand Masern, Keuchhusten und Spitzpocken. Mit einem Jahre lernte der Knabe sprechen und laufen.

Die jetzige Krankheit begann folgendermassen: Patient war, bevor er die Schule besuchte, wesentlich dicker und voller; seitdem er die Schule besuchte, wurde er allmählich magerer; besonders Arme und Beine sind weniger fleischig, Seit dieser Zeit fiel der Mutter auf, dass dem Kranken das Treppensteigen schwer wurde; er knickte mit dem vorwärtsschreitenden Beine ins Knie, und knickte in der Hüfte der betreffenden Seite, sodass ein wackelnder Gang entsteht; im Laufe der Zeit wurden diese Erscheinungen stärker. In der Turnstunde kann Patient die Uebungen am Reck und Barren nicht ausführen; beim Stütz knickt er in die Arme. Beim Gehen wird er leicht müde, und er steht nicht fest auf den Beinen. Am Gesicht ist der Mutter nie etwas Besonderes aufgefallen. Der Knabe erklärt selbst, dass er körperlich nicht dasselbe leiste, wie seine Altersgenossen; und klagt über häufige Kopfschmerzen, während Schlaf und Appetit gut sind.

Status:

Mässig genährter, für sein Alter kleiner, gracil gebauter Knabe. Panniculus adiposus gering; Muskulatur im allgemeinen mässig entwickelt, schlaff. Die rechte Gesichtshälfte erscheint etwas schmäler als die linke, welche voller ist und deren Falten und Linien vielleicht eine Spur verstrichen sind. Zeichen einer Facialislähmung fehlen. Der Schultergürtel erscheint in geringem Masse abgemagert. An Stelle der normalen Rundung des Musculus deltoideus lässt sich eine flache Einsenkung konstatieren; ebenso zeigen die Schulterblattmuskeln ein verhältnismässig geringes Volumen. Die Rückenmuskulatur ist ohne Besonderheiten. Die Oberarmmuskulatur entspricht ungefähr der ganzen Entwicklung des Patienten, desgleichen die Unterarmmuskulatur. An den Oberschenkeln zeigt die Muskulatur zweifellos ein subnormales Volumen; vor allem zeigen dies die Adductoren. Bei aufrechter Stellung mit zusammengeschlossenen Beinen und Knien zeigt sich zwischen beiden Oberschenkeln ein ziemlich breiter Spalt. Die Muskulatur der Oberschenkel ist schlaff.

Digitized by Google

Die Wadenmuskulatur zeigt dagegen eine gewisse Derbheit, die im Verhältnis zur übrigen Körpermuskulatur auffällt. Besonders zeigt sich diese Derbheit beim Stehen. Auch das Volumen der Wadenmuskulatur erscheint im Verhältnis zur übrigen Muskulatur erhöht. Glutaeal-Muskulatur ist ohne Besonderheiten. Die Wirbelsäule zeigt ihre normalen Krümmungen, keine Lordose im untern Brust- und Lendenteil. Irgend welche Funktionsstörungen der Muskulatur sind nicht bemerkbar. Nirgends bestehen Contracturen.

Patient tritt beim Gehen mit der ganzen Sohle auf, zeigt dabei eine normale Körperhaltung, und lediglich bei länger anhaltendem Treppensteigen tritt ein leichtes Einknicken der Hüfte auf der Seite des ausschreitenden Beines ein. Dabei geschieht das Treppensteigen aber frei ohne jede Unterstützung, ohne Anhalten an das Geländer. Die Muskeln des Oberkörpers und der obern Extremität funktionieren durchaus normal. Fibrilläre Muskelzuckungen fehlen. Die elektrische Untersuchung ergiebt:

1) mit dem faradischen Strom: Nervus facialis: oberer Ast Minimalzuckung beiderseits bei 2 cm Rollenabstand; mittlerer und unterer Ast beiderseits bei 4 cm Rollenabstand sowohl bei Reizung vom Nerven aus als auch bei direkter Reizung des Muskels. Dabei sind die Zuckungen rechts etwas ausgesprochener als links.

2) Galvanische Untersuchung vacat.

Faradische Untersuchung des nervus radialis ergiebt Minimalzuckung bei einem Rollenabstand von 4 cm, beiderseits bei Reizung von Nerv und Muskel.

Die galvanische Untersuchung vacat.

Nervus peroneus:

1) Die faradische Untersuchung zeigt vom Nerven aus eine Minimalzuckung bei einem Rollenabstand von 3 cm, vom Muskel aus bei 4 cm.

2) Die galvanische Untersuchung ergiebt bei einer Stromstärke von 3—4 M. A, kurze blitzartige Zuckungen der Muskulatur.

Von einer Entartungsreaktion ist keine Spur vorhanden. Die K. S. Z. ist grösser als die A. S. Z.

Die Untersuchnng wurde vorgenommen mit der feinen Erb'schen Electrode. Der indifferente Pol war auf das Sternum aufgesetzt. Von verlangsamter Leitung nichts bemerkbar.

Sensibilitätsstörungen sind nicht vorhanden.

Augen, Nase ohne Besonderheiten.

Lippen rot, feucht.

Zunge etwas belegt.

Rachenorgane blass, ohne Schwellung, ohne Belag.

Umgebung der äusseren Gehörgänge nicht druckempfindlich, kein Ausfluss aus den Ohren.

Atmung frei; auf den Lungen keine Dämpfung, überall vesiculäres Atmen, kein Rasseln.

Herzdämpfung innerhalb normaler Grenzen, Töne rein, Herzthätigkeit regelmässig; Puls mittelkräftig.

Abdomen weich, nirgends druckempfindlich; Milz und Leber nicht fühlbar. Harn ohne Eiweiss. Patient ist fieberfrei und fühlt sich subjektiv wohl.

Digitized by Google

Am 24. Juli hat sich der Zustand im Wesentlichen nicht geändert, keinesfalls verschlechtert und Patient wird entlassen.

Status praesens (am 3. Oktober 1899 in Wurzen aufgenommen):

Patient ist für sein Alter — 15 Jahr — ein dürftig genährter, kleiner, gracil gebauter Jüngling. Gesichtsfarbe ist blass, Gesichtsausdruck leidend. Der Schädel ist etwas asymmetrisch entwickelt. Das Fettpolster ist vollständig geschwunden, die Haut ist frei von Exanthemen; von Oedemen und Drüsenschwellungen ist nichts zu bemerken. Das Sensorium ist frei, die psychischen Funktionen sind normal. Die Pupillen sind gleich, von mittlerer Weite und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Untersuchung der inneren Organe lässt nichts Abnormes erkennen. Es besteht kein Fieber.

In der Zwischenzeit — vom 24. VII. 95 bis zum Oktober 1899 — hat der Knabe die Schule regelmässig besucht, und ist von anderen Krankheiten verschont geblieben; nur klagt er über Kopfweh. Augenblicklich ist er Lehrling in einem Komptoir. Bei Betrachtung des Kranken fällt besonders die allgemeine spärliche Entwicklung seines Muskelsystems auf; es kontrastieren trotzdem die relativ dicken Unterarme und Unterschenkel gegen die magern Oberarme beziehungsweise Oberschenkel. Bei der Palpation findet man hochgradigen Schwund vieler Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten, wogegen andere zum mindesten ein normales Volumen zeigen.

Im einzelnen ergaben sich folgende Verhältnisse:

Die rechte Gesichtshälfte erscheint etwas schmäler als die linke; aber die Atrophie hat die Muskulatur nicht befallen. Die mimischen Funktionen — Spitzen des Mundes, Aufblasen der Wangen, Rümpfen der Nase, Schliessen der Augen und Runzeln der Stirn — sind nicht gestört.

Am Halse sind beide Sternocleidomastoidei etwas atrophisch, ebenso die Scaleni.

An den Oberarmen ist die Beugemuskulatur in ihrem Volumen bedeutend herabgesetzt; Biceps und Brachialis internus sind blos als strangförmige Reste zu fühlen. An Stelle der normalen Rundung des Deltoideus lässt sich jetzt eine beträchtliche Einsenkung konstatieren, während der Triceps ziemlich voluminös erscheint. Die Muskulatur der Vorderarme ist leidlich entwickelt und die Handmuskeln sind normal. Die Thoraxmuskulatur ist stark atrophisch, und zwar sind neben den Pectorales besonders die Serrati anteriores von der Krankheit ergriffen. Ferner hat die Atrophie am Schultergürtel folgende Muskeln in ihren Bereich gezogen:

Die Mm. Supra- und Infraspinati,
die Mm. Cucullares,
die Mm. Rhomboidei,
die Mm. Levatores anguli scapulae,
die Mm. Latissimi dorsi.

Auch der Erector trunci erscheint etwas abgemagert, während die Bauchmuskeln sich beim Husten stark kontrahieren.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Ein Bild zur Pflege der Neugeborenen und Säuglinge um das 15. Jahrhundert.

Von Dr. Joh. H. Spiegelberg in München.

Ueber den Wert der Geschichte in der Medizin ist viel geschrieben und gesprochen worden und nicht wenig begegnet man heute der Klage über die Vernachlässigung dieser Seite unserer medizinisch-wissenschaftlichen Vorbildung. Wie die Entwicklungsgeschichte des Einzelwesens und der Arten die wichtigsten Bausteine zu dem Baue der anatomischen Formenlehre geliefert haben, so wird jede fertige Errungenschaft der Forschung klarer und begründeter dem erscheinen, der es nicht verschmäht, ab und zu auch den Stufen niederer Entwicklung dieser Forschung kurze Aufmerksamkeit zu schenken. Nicht nur geben solche Betrachtungen oft unvorhergesehene neue Anregungen, auch der Glaube, dass wir es in Allem gegen unsre Altvorderen gerade in der Medizin so unendlich weit gebracht, erfährt gar oft eine nicht eben nachteilige Herabdämpfung.

Es würde in keinem Verhältnisse zu dem Inhalte des Nachfolgenden stehen, wollte ich hier mit langatmigen Ausführungen über die Bedeutung der Medizingeschichte und ihrer Quellen fortfahren.

Ich bin im glücklichen Besitze einer Reihe interessanter Original-Denkmäler unserer Wissenschaft. Vor mir liegt heute ein dicker Foliant, gedruckt im Jahre 1586 zu Basel und enthaltend an die zwanzig lateinischer „Kommentare“ vorzeitgenössischer und vielleicht älterer Abhandlungen aus dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe, gesammelt von einem gewissen Kaspar Wolff aus Zürich und seinem Lehrer Gesner (wohl Konrad v. Gesner, dem „deutschen Plinius“ 1516—1565). Mich als Vertreter der Kinderheilkunde fesseln darin einzelne Abschnitte, die der Pflege und Behandlung der Neugeborenen gewidmet sind, und von welchen ich einen, als wohl allgemein fremd, den Freunden eines zwar gegenwärtig unverwertbaren aber unterhaltenden Lesestoffes in einer einem Referate ähnlichen Form vorsetzen möchte.

Dieser bildet Caput XX bis XXIV des Teil I einer „Harmonia Gynaeciorum“, nach Autoren Namens Priscianus, Cleopatra und Moschion von einem gewissen Theodurus Priscianus gesammelt. Moschion ist nach Gesner ein damaliger jüdischer Uebersetzer aus dem Griechischen. Lesen wir:

Das Neugeborene wird von der Amme (Wärterin) mit geschlossenen Schenkeln auf den Schoss genommen, die Windeln entfernt und das Kind mit warmem Oele eingesalbt. In einem grossen Waschbecken wird klares, mässig warmes Wasser ohne Gerüche vorbereitet. Mit der linken Hand nehme jene das Kind unter der linken Achsel, so dass die Brust über dem Ellenbogen zu liegen kommt, legt es ins Wasser und beginnt es sanft zu baden, erst auf dem Rücken, dann umgekehrt, und benetze alle Teile, so dass aller Schmutz, am Halse, in Vertiefungen wie Achsel und Inguinalgegend, sorgsam ausgewischt werde; mit dem Finger werde aller Speichel aus dem Munde entfernt, Zahnfleisch und Zunge sanft abgerieben. Ebenso sanft übe man einen Druck über dem Schambein aus, um die Aufgabe der Blase

Digitized by Google

wachzurufen; ist das Kind genügend erwärmt und abgerieben, so wasche man es und lege es dabei in laues Wasser, dass es sich an den Gebrauch des kalten gewöhne. Täglich einmal ist das Kind zu baden, und im Notfalle zweimal, häufigeres Baden macht den Körper schlaff und schadet dem Kopfe. Das Bad ist an dunklem (!) und mässig warmen Orte vorzunehmen. Andere Zuthaten als etwa Salz sind schädlich durch ihren Geruch und ziehen zu sehr zusammen (adstringunt. Der Schreiber erwähnt pulvis gallarum und Myrrhen). Ist das Kind sehr zart, so nehme man Oel, Honig oder Heublumensaft, mit dem der ganze Körper abgerieben werde, so dass weder in Augen noch Ohren etwas gelange; ist solches trocken geworden, so spüle man mit kaltem Wasser ab und bade noch einmal in warmem Wasser. In die Augen ist Oel zu träufeln „zur Erweichung seiner Häute". Mit dem Finger gehe man in den Anus. Nase und Ohren sind auszutrocknen. Durch Salben und Massieren forme man alle Gliedmassen ihrer Funktion gerecht. Der Nabel wird mit einem Oelläppchen bedeckt.

Nach dem Bade wird über die Schenkel des Kindes ein reines Wolltuch gebreitet, gross genug, alle Glieder einzuwickeln und alle grazilern Teile festzubinden. Zwischen die geschlossenen Kniee wird ebensolches Wolltuch gelegt. Der Kopf wird mit Tüchern oder reinem Wolltuch bedeckt. Dann wird das Kind an mässig warmem Orte, wo es nicht riecht, noch zu hell ist, auf leicht ausgehöhltes Lager niedergelegt, das nicht zu weich sein darf, dass sich nicht durch langes Liegen das Rüückgrat des Kindes krümme; nur mässig weich darf auch der Kopf des Kindes liegen. 40—60 Tage lang wird das Kind gewickelt, so lange bis seine Teile sich gefestigt haben. Geschieht das Befreien von der Wickelung zu früh, so wird der Körper schlaff; die einzelnen Bestandteile der Wickelung werden nach und nach entfernt; das plötzliche Befreien schadet.

3—4 Tage nach der Geburt fällt der Nabel ab; die Wunde wird mit Bleipulver (?) behandelt; die rechte Einsenkung des Nabels zu erzielen, wird ein münzenförmiges kleines Bleistück auf ihm befestigt.

Ist nach den ersten Vornahmen das Kind wieder ruhiger geworden, nach 8—10 Stunden, erhält es die erste Nahrung, die auch der Reinigung des Magens und Leibes zu dienen hat. Man nimmt dazu mässig gekochten Honig, den man anfangs einstreicht oder einträufelt. Ebenso bringt man dann am zweiten Tage dem Kinde die erste Milch bei. Gute (Mutter-) Milch ist leicht weiss, nicht bläulich (?) noch gypsfarben, nicht säuerlich, muss auf den Finger getropft langsam sich ausbreiten, nicht zerfliessen.

(Es folgen einige Fingerzeige über das Anlegen u. s. w. Dann:) Das Kind ist häufig am Tage zu stillen, bald an der rechten, bald an der linken Brust; häufig, da es auf einmal nicht viel bekommt; trinkt es lange, so ermüdet es; gute Milch sättigt es schnell. Eine Regel ist nicht zu geben, man reicht, wenn das Kind begehrt, d. h. wenn es den Mund öffnet, die Lippen bewegt, am befeuchteten Finger lebhaft und weinend saugt, endlich wenn der Leib eingesunken; niemals lasse man vor dem Bade stillen oder im Bade nähren. Indess, wenn das Kind einfach weint, so untersuche man die Einwicklung,

Digitized by Google

dass sie nicht schneide und drücke (nicht auch auf das, was sie verbirgt? Sp.), dass die Menge der Bedeckungen nicht zu gross, dass nicht die Sonne das Kind erhitze, noch auch, dass es friere; ferner ob es auch nicht zu viel getrunken habe und voll erscheint. Erst wenn man das Alles ausgeschlossen, nimmt man an, dass das Kind Hunger hat.

Nach $1^1/_2$ Jahren (!) ist das Kind abzugewöhnen, oder auch erst nach 2, wenn seine Zähne zahlreicher und fest sind (!). Man gebe ihm dann teigige Bissen (?) in Milch oder Säfte getaucht; zu trinken Wasser, bald auch Wein, zunächst in einem nach der Brustwarze geformten Glasgefässe. Nach und nach kommen Speisen hinzu. Das Anlegen wird allmählich beschränkt, bis es ganz aufgegeben wird; zur Abschreckung bestreicht man die Brustwarzen mit Bitterstoffen. Herumzutragen ist das Kind nur vor der Mahlzeit.

Der Zahndurchbruch beginnt sehr unregelmässig, im Allgemeinen mit dem fünften Monat, unter Juckreiz des Zahnfleisches, Hitze der Kiefer und Rachenschmerz; häufig dringt blutige Flüssigkeit aus Mund und Nase (?). Vom fünften Monat an reibe man deshalb das Zahnfleisch mit Oel, Hühnerfett, Hasenhirn ein, zuletzt aber mit mässig gekochtem Honig. Bei starker Entzündung mache man Kataplasmen und dergl. Die Amme enthalte sich des Weines und mässige ihre Ernährung.

Gegen Jucken, Prurigo werden warme Brustumschläge angewandt und Oel, in welchem etwas Wachs gelöst; gegen „Exantheme“ und Pustelausschläge Alles, was austrocknend und zusammenziehend wirkt; nach dem Bade Uebergiessungen mit warmen Kräuterabkochungen; Kataplasmen, Einsalben mit Rosenöl, Cerussa, Alaun. —

Gegen geräuschvolle Verstopfung der Nase gebe man Honigemulsion; gegen leichten Husten Semen lini (wie wohl?), Amygdalae, Succus Liquiritiae, Tragacanth u. dergl. m. Oft kommt Gehirn- und Hirnhautentzündung vor, sodass das Hinterhaupt „concavum fiat“, mit hitzigem Fieber. Gegen Diarrhoe und Verstopfung der Brustkinder gibt man der Amme entsprechende Mittel.

Mit letzterem pathologisch-therapeutischen Salto mortale verlässt der Schreiber den Säugling, um sich der Wöchnerin zuzuwenden. — Der Kritik sind solche Werke selbstverständlich längst entrückt und sie sprechen auch ohne Randbemerkungen. Unter all' dem Wust medizinischen Aberglaubens und Quacksalberei, wieviel finden wir doch bereits auch für unser Urteil und Wissen Vernünftiges und Durchdachtes!

Ganz anders freilich lesen sich einige in meinem Texte nachfolgenden Machwerke, von denen ich dem geduldigen Leser vielleicht später einmal eine Probe geben kann.

Zur Frage des Leberthran-Ersatzes.

Von San.-Rat Dr. L. Fürst, Berlin.

Länger als ein Menschenalter hat der Leberthran für eine Art von Spezificum bei Drüsen-Skrophulose und bei Abzehrung in Folge von Tuberkulose gegolten. Zahllosen Kranken, insbesondere Kindern,

Digitized by Google

ist dieses widerlich-ranzige Oel als Heilmittel gereicht, ja geradezu eingezwungen worden. Selbstverständlich hat der Thran, zumal das frühere, bräunliche Produkt, selbst wenn er mit grösster Selbstüberwindung genommen wurde — nach Aussage einzelner Mütter soll er sogar bisweilen gern genommen werden — oftmals Appetitlosigkeit, Aufstossen, Erbrechen und sonstige Magensymptome, ab und zu auch Darmkatarrhe zur Folge gehabt. Da er zweifellos Fäulnis- und Zersetzungsprodukte enthielt, so waren solche Erscheinungen erklärlich.

Etwas besser schon war der hellgelbe „gereinigte" Leberthran, welcher durch das Auspressen frischer Lebern und Raffinierung gewonnen wurde. An Geruch und Geschmack weniger widerwärtig, verdrängte er bald den „ungereinigten" in der Kinderpraxis. Freilich war sein Gehalt an Oelsäure und damit auch seine Emulgirbarkeit im Darmkanal geringer, so dass er weniger leicht resorbiert wurde. Immerhin nahmen ihn die Kinder etwas bereitwilliger, obwohl auch dieses rationeller hergestellte Produkt nicht selten, zumal bei hoher Aussentemperatur, Dyspepsie verursachte und dann einige Wochen ausgesetzt werden musste.

Nach zwei Richtungen hin sind dann Fortschritte zu verzeichnen gewesen. Zunächst war es v. Mering's Verdienst, nachgewiesen zu haben, dass die förmlich traditionell angenommene „spezifische" Heilwirkung des Ol. jecor., die sich auf minimale Spuren von Jod stützt, ganz illusorisch sei, es sich vielmehr dabei nur um eine verstärkte Fett-Aufnahme handelt.*) Statt des ranzigen Thrans schlug er Olivenöl vor, dem er durch einen Zusatz von Oelsäure diejenige Emulgierbarkeit verlieh, ohne welche eine Resorption undenkbar ist. Dass Fette, Thran, Olivenöl und dergl., ohne einen die Emulgierung begünstigenden Zusatz, die Darmzotten einfach als homogene Schicht überlagern, nur zum kleinsten Teile assimiliert werden, jedenfalls aber „schwer verdaulich" sind, ist selbst dem Laien wohlbekannt. v. Mering's neues Präparat „Lipanin" erwies sich nicht nur als appetitlicher, sondern auch bezüglich des Nähr-Effekts als gleichwertig. In zahlreichen Fällen habe ich dies bestätigt gefunden.

Andererseits war man aber auch bemüht, den raffinierten Leberthran schon vor seiner Incorporation mittelst Malz-Extrakt in eine Emulsion umzuwandeln, so dass den Verdauungswegen die Arbeit des Emulgierens und die immerhin nicht gerade erwünschte Aufnahme von Oelsäure erspart blieb. Die „Tritole" der Chem. Fabrik Helfenberg i. S. und Scott's Leberthran-Emulsion sind solche Präparate, welche den rohen Leberthran an Nährwert übertreffen und sich zugleich durch besseren Geschmack auszeichnen.

Seit Jahrzehnten habe ich in geeigneten Fällen als Ersatz für den Leberthran die Butter benutzt, weil ich von der Ansicht ausging, dass diese — als eine Art Emulsion — dem Körper ein völlig naturgemässes, fein verteiltes und reines Fett zuführt, dass sie in der Regel, d. h. wenn die Butter frisch ist, keine Dyspepsie bewirkt und in rohem Zustande vom Kinde stets mit grosser Vorliebe genossen wird. Hundertfältige Anwendung hat mich dies einfache Diätetikum schätzen gelehrt. Man lasse doch dem Kinde, das nur ein Mal Leberthran gekostet hat, die Wahl zwischen 1 Esslöffel Thran

*) Buchheim (Giessen) hat dies schon vor ca. 40 Jahren behauptet. Red.

Digitized by Google

und 15 g auf Brot gestrichener Butter; es wird keinen Augenblick schwanken, sondern Letzterer den Vorzug geben.

Leichtgesalzene Butter gab ich den kleinsten Kindern, welche einer Erhöhung des Milchfettes bedurften, in Milch und zwar eine reichliche Messerspitze bis $^1/_2$ Kaffeelöffel auf die Portion. Ich erzielte dadurch teils grösseren Nährwert fettarmer Milch, teils stärkere Geschmeidigkeit der Fäces und Anregung der Peristaltik. Grösseren Kindern von mehr als einem Jahr gab ich, wenn sie chronische Lymphdrüsenschwellungen oder Disposition zu Phthise darboten, täglich ca. 30 g Butter, auf Weissbrod gestrichen, als Ersatz des Leberthrans. Ich erzielte durch dieses, Kindern sehr angenehme Verfahren nicht weniger günstige Beeinflussung der Ernährung und der Lymphdrüsen-Abnahme, letzteres allerdings nur durch gleichzeitiges streng antiskrophulöses Regime und eventuell entsprechende Medikation. Ohne dies Beides „resorbiert" auch der Leberthran keine einzige Lymphdrüse.

Diese Butter-Darreichung an Stelle des Leberthrans habe ich erst aufgegeben, seitdem mir die Ergebnisse der Untersuchungen von Obermüller, Rabinowitsch und Petri bekannt geworden sind, aus denen hervorging, dass zahlreiche Butterproben verschied ener Herkunft echte, virulente Tuberkelbazillen enthielten, wie dies vorher schon von Milchproben aus grossen Misch- und Sammelbetrieben nachgewiesen war. Dass eine bazillenhaltige Butter eine vom hygienischen Standpunkt aus höchst bedenkliche Speise ist, wenn man bedenkt, dass die Butter eine enorme Verbreitung besitzt und meist roh genossen wird, kann keinem Zweifel unterliegen. Es besteht also eine Gefahr für das öffentliche Wohl, die um so höher anzuschlagen ist, als die starke Verbreitung der Rinder-Tuberkulose, zumal im norddeutschen Flachlande und bei älteren. abgemolkenen Kühen, von den namhaftesten Autoritäten constatiert ist.

Dass nur ein Bruchteil der auf den Markt gelangenden Butter aus sterilisiertem Rahm hergestellt ist und dass Butter an sich nicht sterilisiert werden kann, ohne ihre Konsistenz, und ihren emulgierbaren Zustand zu verlieren, ist bekannt.

Unter solchen Umständen kann der Arzt die Naturbutter nicht mehr mit vollem Vertrauen bei Kindern verwenden, sei es bei gesunden oder bei solchen, die ohnehin durch Anämie, Kachexie, Skrophulose und Phthisis-Verdacht als besonders disponiert zu einer intestinalen Tuberkulose-Infektion anzusehen sind. In solchen Fällen sind ernste Skrupel gerechtfertigt.

Es soll hier nicht darauf eingegangen werden, ob die Fütterungs-Tuberkulose beim lebenden Menschen stets ein positives Resultat, zunächst eine Deponierung von Bazillen in den Mesenterialdrüsen, mit sich bringt. Dass sie dies aber kann, ergiebt sich aus den klinischen Erfahrungen über den Ausgang allgemeiner Tuberkulose von lokalisierter Mesenterial-Drüsen-Tuberkulose aus. Es ist oft genug erwiesen, dass diese Drüsen hinsichtlich ihrer ätiologischen Bedeutung gleich nach den allerdings noch häufiger als Eingangspforten dienenden Bronchialdrüsen rangieren.

Aus diesen Erwägungen wandte ich mich von der Naturbutter

Digitized by Google

als Leberthran-Ersatz ab. Da aber auch die aus minderwertigen Fetten mit Milch geringerer Qualität hergestellte Margarine — wie sich dies in 80% der untersuchten Proben ergeben hat — virulente Tuberkelbazillen enthalten kann, so ist diese, als etwaiger Ersatz für Ol jecor., gänzlich auszuschliessen.

Vor einiger Zeit lernte ich den nach Angabe von Liebreich und Michaelis hergestellten milchfreien Butter-Ersatz kennen, ein aus Mandelmilch und feinsten Fetten unter Zusatz von Sesamöl und etwas Salz hergestelltes Präparat „Sana" benannt. Sein Aussehen, sein Wohlgeschmack, der kaum von dem der Naturbutter zu unterscheiden ist, seine Haltbarkeit, die z. T. auf die Abwesenheit von Milch zurückzuführen ist, seine auf geringerem Wassergehalte beruhende Ergiebigkeit, die ich im Vergleich mit Naturbutter, auf 5:4 schätze, und sein billiger Preis nahmen mich sofort für das Präparat ein. Gerade dieser letztere Umstand fällt bei den bisherigen antiskrophulösen und antituberkulösen Leberthran-Kuren, wegen ihrer monatelangen Dauer, sehr ins Gewicht.

Es kosten nämlich im Einzelverkauf 100 g:

Lipanin	125 Pf.
Tritol	60 „
Ol. jecoris As. .	30 „
Naturbutter ca. .	30 „
Sana	18 „

Wie ich an anderer Stelle berichtet habe, nahmen 10 gesunde Kinder die Sana gern, vertrugen sie gut und erlitten keine Dyspepsie dadurch. Auch 3 kranken Kindern gab ich sie, wie ich dort berichtete, mit gutem Ergebnis. Zu den letztern sind noch nachträglich 6 kranke Kinder hinzugekommen, so dass ich über 9 (insgesamt) berichten kann.

Es waren dies

2 Kinder ($3^1/_2$ und $4^1/_2$ J.) mit Drüsen-Skrophulose, chron. Bronchitis, Abmagerung und Phthisis-Verdacht.

3 Kinder ($2^1/_2$, 3 J. 1 Mon. u. 5 J.) mit allgem. Lymphadenitis, chron. Anämie und ungünstiger Ernährung (klin. Bild der Skrophulose).

2 Kinder ($1^3/_4$ und $2^1/_4$ J.) mit sekundären Lymphdrüsen-Tumoren nach Ekzema cap.

2 Kinder ($1^1/_2$ und $1^3/_4$ J.) mit Mesenterialdrüsen-Infiltration (Tabes mesaraica) und Kachexie.

Jedes Kind erhielt ca. 3 Tage lang 35—45 g Sana pro die, roh, auf altbackenes Weiss- oder Schwarzbrod, auch auf Schrotbrot und Röstbrot gestrichen. Es erhielt damit ein annähernd gleiches Quantum eines bereits emulgierten, also völlig resorbierbaren, dabei appetitlichen Fettes, wie das übliche Leberthran-Quantum betragen hätte.

Alle nahmen es mit Appetit und, was nicht zu unterschätzen ist, keines verlor die Esslust, während nach Leberthran bekanntlich sehr oft das Gegenteil beobachtet wird.

Mir scheint nach diesen kurzen Vorversuchen die Sana dasselbe in der Ueberernährung mit Fett, sowie in dem Geschmeidigmachen der Fäces zu leisten, wie der Leberthran, aber auf eine für das Kind entschieden angenehmere Weise und ohne Magenstörungen. Inwieweit

Digitized by Google

die Fett-Anreicherung auf das Grundleiden und die Drüsen-Resorption von Einfluss ist, müssten längere klinische Parallel-Versuche mit Sana und Ol. jecor. ergeben. Doch ist es mir a priori sehr wahrscheinlich, dass letzterer keinen spezifischen Vorzug vor anderen emulgierten Fetten besitzt.

Ueber die Kombination von Sana mit Phosphorsalzen, als event. Ersatz des Phosphorleberthrans in der anti-rhachitischen Behandlung, habe ich Versuche begonnen, die aber noch nicht zum Abschlusse gelangt sind.

Referate.

Ueber die Behandlung der Rhachendiphtherie mit Jodsäure und Wasserstoffsuperoxyd. Von Riegler. (Wiener med. Blätter Nr. 46, 1899.)

R. hat 155 Kinder mit Rachendiphtherie nach folgender Methode behandelt: Im Rachen des Kindes wird mittelst eines Zerstäubungsapparates 3 % Wasserstoffsuperoxydlösung zerstäubt, infolge der reichlichen Sauerstoffentwicklung bildet sich sofort ein weisser, reichlicher Schaum, so lange die Schleimhaut diphtherisch affiziert ist, wird sie dabei weiss gefärbt. Eine halbe Stunde nach diesem Spray wird mittelst eines Pulverbläsers in den Rachen möglichst tief und kräftig eine gute Messerspitze folgenden Pulvers aufgeblasen:

Rp. Ac. jodic. pulv. 1,0
Sacchar. alb. 10,0
DS. Nach Bericht.

Diese beiden Verfahren werden halbstündlich so lange wiederholt, bis die Exsudate vollständig entfernt sind. In der Zwischenzeit lässt man, wenn möglich, öfters gurgeln mit:

Rp. Acid. jodic. 0,50
Aq. destill. 400,0
Glycer. pur 25,0

Vor jedem Spray soll man zur Vermeidung von Reizung die Lippen mit Vaselin befetten. Als Antipyreticum verordnet R. 1—2 gr. Chinaphtol täglich in Dosen von 0,25—0,50 gr, Schliesslich wird stündlich ein Kaffeelöffel folgender Mixtur verabreicht:

Rp. Natr. benzoic. 5,0
Vin. malacens. 100,0

Auch ist es angezeigt, Eisstückchen schlucken zu lassen. Umschläge um den Hals, als Nahrungsmittel Milch. Das Verfahren muss sehr frühzeitig in Anwendung kommen; sobald der Organismus mit Toxinen beladen ist, kann man nicht viel mehr erwarten. R. hatte bei seinen Fällen 6 Todesfälle, welche sämtlich Kehlkopfdiphtherie betrafen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Rötheln- und Erythemepidemien. Von Ad. Schmidt. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 48, 1899).

Eine grössere Epidemie von Rubeola, die in Graz herrschte, gab

Digitized by Google

neuerliche Belege für die klinische Selbständigkeit der Rötheln gegenüber den Masern. Für das Hautexanthem bei Rötheln ist charakteristisch, dass zwischen den gross- oder kleinfleckigen Efflorescenzen Inseln und Streifen normaler Haut bleiben. Ferner wird Anschwellung der Halslymphdrüsen, Röthung der Rachenschleimhaut bei Rötheln beobachtet. In differential-diagnostisch zweifelhaften Fällen spricht das Auftreten der Koplik'schen Flecken und der positive Ausfall der Diazoreaktion für Masern. Bei Rötheln hat Forchheimer das vorübergehende Auftreten rosenroter, stecknadelkopfgrosser Flecke an Uvula und weichem Gaumen beobachtet. Von den Rötheln lässt sich aber ein besonderes Krankheitsbild abtrennen, welches Sch. als „Erythema infectiosum" bezeichnet. Das augenfälligste Symptom ist ein polymorpher fleckiger Ausschlag, der zuerst und immer an den Wangen zum Vorschein kommt, später auch an der übrigen Gesichtshaut, und der eine Neigung zur Confluenz zeigt. Am Rumpf und ad nates zeigt das Exanthem landkartenförmige Zeichnung, an den Extremitäten gewöhnlich die Form zierlicher Gitter und Netzwerke. Das Erythem verschwindet nach 8—10 Tagen ohne Hinterlassung einer Pigmentierung. Anderweitige Krankheitserscheinungen und subjektives Krankheitsgefühl fehlen oder sind ganz geringfügig. Die Thatsache der Infektiosität des Erythems, welche allerdings geringer ist als die der Rötheln und Masern, ist durch Beobachtungen sichergestellt. Die Epidemien treten im Frühjahr und im Sommer auf und erscheint das weibliche Geschlecht stärker betroffen. Säuglinge bleiben verschont. Die Prognose ist günstig, bei der Therapie ist auf Ruhe besonderes Gewicht zu legen, weil in der Reconvalescenz im Falle körperlicher Anstrengungen Recidive, wie auch Gelenkaffektionen auftreten können.

Dr. Goldbaum-Wien.

Erfahrungen über Anginen im Kindesalter. Von Fischl. (Prager medizinische Wochenschrift Nr. 45, 1899).

Bezüglich der Aetiologie der exsudativen Anginen hat F. beobachtet, dass in Häusern, welche Stallungen besitzen, Erkrankungen an Angina, speciell die recidivierenden exsudativen Formen, besonders häufig vorkommen; die Jahreszeiten und Erkältungseinflüsse zeigen keinen besonderen Einfluss auf die Frequenz, wohl aber das Wetter, besonders der Beginn einer an einen langen Regen sich anschliessenden trockenen Periode. Die Disposition zur Erkrankung an Angina scheint sich zu vererben, mehr von mütterlicher Seite aus, doch kommt diese Disposition erst nach dem ersten Lebensjahre zum Ausbruche. Die Anginen können Abweichungen vom typischen Verlaufe zeigen: Wiederauftreten des Prozesses bei noch andauerndem Fieber nach Schwund der ersten Beläge, verspätetes Hervorkommen der Tonsillarpröpfe. Recidivierende lacunäre Anginen kommen nicht nur bei Kindern mit chronischer Hypertrophie des lymphatischen Rachenringes vor, sondern auch bei solchen mit kleinen Tonsillen; Albuminurie und Nephritis werden öfters bei Angina beobachtet. Bei Streptococcenanginen beobachtete Verf. Fieberremissionen am Morgen mit Abendtemperaturen von 38—39 °. Lähmungen der

Digitized by Google

Augenmuskeln, des Rachens oder des Herzens gehören zum Bilde der Diphtherie, doch werden sie auch bei einfachen Anginen beobachtet. Die lacunäre Angina beginnt gewöhnlich bilateral, initiale Konvulsionen sind, besonders bei rhachitischen Kindern, nichts Seltenes. Bei schweren Fällen tritt foetider Geruch aus dem Munde auf, die Beeinflussung des Allgemeinbefindens ist eine verschiedene. Die Beläge bei exsudativen Anginen sind nur durch bakteriologische Untersuchung von denen bei Diphterie zu unterscheiden, Drüsenanschwellungen kommen bei letzteren selten vor. Bei den exsudativen Anginen finden sich Streptococcen, Diplococcus pneumoniae, Leptothrix, Staphylococcen. Die Infectiosität der Anginen ist bekannt, die Incubationsdauer beträgt 2—3 Tage, eine Immunität scheint nicht zu bestehen, doch scheinen an recidivierenden exsudativen Anginen leidende Kinder für Diphtherie weniger empfänglich zu sein, Von Komplikationen wurden Rheumatismus und Endocarditis beobachtet. Rücksichtlich der Therapie warnt F. vor der Polypragmasie und empfiehlt als bestes Mittel Rachenspülungen mit $1^1/_2$—2 Liter schwacher antiseptischer Lösungen; eine Separation der Fälle und nachträgliche Desinfektion der Umgebung des Kranken sind empfehlenswert.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber chronische gutartige Schilddrüsenatrophie, Myxödema trustum. Von E. Hertoghe. (Bulletin de l'académie de médecine de Belgique. 1899. XIII. 3.)

H. ist ein anerkannter Bearbeiter der Fragen: Myxödem, Zwergwuchs, geistige Entwicklungshemmung in ihrem Zusammenhange mit der Schilddrüse. In der vorliegenden Abhandlung finden wir eine Zusammenziehung des Wesentlichen früherer Arbeiten und entnehmen derselben betreffs des Kindesalters Folgendes:

Durch lange gründliche Beobachtungen ist Verf. dazu gekommen, eine Gruppe angeborner mangelhafter Schilddrüsenentwicklung mit chronischen Symptomen im grossen und ganzen der Entwicklungshemmung festzuhalten. Der Zustand ist ererbt. Der Säugling braucht keineswegs schwächlich zu sein, ist oft sogar besonders kräftig und von gesunder Farbe und zarter Haut. Die Zahnung geht träge vor sich, häufig begleitet von Krämpfen und Tetanie. Die Temperatur ist andauernd subnormal. Der Leib entwickelt sich stark, es tritt hochgradige Verstopfung in Erscheinung. Nabelhernien finden sich fast stets. Die ersten Zähne werden unter Bedeckung mit einem grünlichen Belag schnell cariös. Die Sprachentwicklung ist verzögert. Dem gegenüber indess sind die Kinder sehr unruhig, weinen und schreien, erschrecken über Kleinigkeiten, berühren und zerbrechen alles. Bettnässen ist sehr häufig und erstreckt sich oft bis in die Pubertätszeit hinein. Die zweite Zahnung ist ebenso mangelhaft wie die erste, die Zähne nehmen gewöhnlich eine fehlerhafte Stellung ein. Die Kinder lernen schlecht, ihr Gedächtnis ist schwach, die geistigen Fähigkeiten weisen Lücken auf. Sehr häufig sind die Geschlechtsorgane unvollkommen entwickelt und atrophisch, bei Mädchen tritt die Reife erst gegen das 18. Lebensjahr auf, die einmal vorhandenen Regeln sind stark und oft schmerzhaft. Adenoide Wucherungen bilden

Digitized by Google

sich frühzeitig aus und bessern sich nicht. — Die weitere Lebensgeschichte, den Einfluss von Schwangerschaft und Stillgeschäft, die Erscheinung des Haarausfalls und das spätere Myxödem können wir an dieser Stelle übergehen. — Auf alle diese krankhaften Aeusserungen ist die Verabreichung von Schilddrüsensubstanz von überraschend gutem Einfluss. Durch Beispiele von Wachstums- und Entwicklungsförderung, Besserung der pathologischen Veränderungen jeder Art und durch gute Abbildungen wird dies erhärtet.

Spiegelberg-München.

Die Intubation ohne dauernde Ueberwachung. — Von W. E. Escat. (Archives internat. de Laryngologie etc., Bd. XII. 2; März-April 1899).

In Paris wird von der massgebenden Hospitalschule wie bei uns die ständige Ueberwachung des Intubierten als conditio sine qua non der Intubation angesehen und der Grundsatz vertreten: Intubation im Hospital, Tracheotomie im Privathaus und im Spital der Kleinstadt. Verfasser ist einer der wenigen, welche angesichts der unbedingten Vorteile und Erfolge der Intubation mit diesem Grundsatze brechen, und hat, ohne dauernde Aufsicht durch geschulte Hilfe zur Verfügung zu haben, in 25 Fällen des kleinen Hospitals (Dr. Bezy) und 19 der Privatpraxis intubiert. Das Ergebnis waren 28 Heilungen (16 und 12) und 16 Todesfälle (9 und 7), eine Mortalität von 35 %, von der zwei Drittel unter allen Umständen unvermeidbar gewesen wäre und welcher eine solche von 37,5% z. B. im Hospital Trousseau zur gleichen Zeit gegenübersteht. In allen Fällen erschien der Arzt spät auf dem Plane, wie übrigens E. die Intubation überhaupt nicht vor äusserster Stenose vornimmt (was durchaus verfehlt ist. Ref.). Von allen Unglücksfällen sind 3 der ungenügenden Ueberwachung in die Schuhe zu schieben.

Die Erfolge der Intubation ohne Aufsicht sind älter, als die der überwachten. Eine kleine Liste der privaten Erfahrungen aus seinem und den Nachbarländern schickt E. voraus. Die einzelnen seiner eigenen Beobachtungen sind von grossem Interesse, seine Angaben über Ausführung und Instrumentarium der Intubation geben nichts wesentlich Neues. Die plötzliche Verlegung der Tube geschieht in noch nicht 1 % der Fälle, häufiger das freiwillige Ausstossen. Die Extubation nimmt Verf. durch eine „manuelle Emuleation“ vor, lässt also den Faden nicht liegen. Sein Endurteil ist: Solange der Arzt im Notfalle in höchstens 2 Std. erreichbar ist, ist die Intubation im Privathause ausführbar. In der weiteren Umgebung der Stadt tracheotomiere man bei bedrohlicher Stenose nur dann, wenn die Kräfte des Kranken einen bestimmten Erfolg in Aussicht stellen, in allen anderen Fällen nehme man die vorläufige Intubation vor und tracheotomiere, wenn durch diese das Kind sich erholt hat. Auch im Privathause intubiere man erst bei äusserster Stenose, abgesehen von dem Falle, dass man bei Beginn der Nacht vor einen diphtheritischen Kroup tritt. Man wähle die Tube nech dem Einzelfall, nicht nach der absoluten Alterszahl, bevorzuge im Allgemeinen die möglichst grösste und öle stets ein. Man verlasse das Kind nicht, ehe man

Digitized by Google

sich vom Erfolg der Intubation, der sichern Lage der Tube und der Schluckfähigkeit des Kindes und ähnl. überzeugt hat. Die umgebende Luft ist stets mit Wasserdampf zu sättigen. Das Kind ist im Allgemeinen zweimal täglich zu besuchen, einmal möglichst spät abends. Im Falle sehr trockner Atmung, zähen, die Tube zu verstopfen drohenden Sekretes, träufle man einige Tropfen Mentholöl ein oder wechsle gleich die Tube. Bei plötzlicher Verstopfung kann man das Kind ausserdem oft mit Erfolg „stürzen". Extubieren darf man nur am Morgen. Nach einer Extubation genügt das Verweilen des Arztes beim Kinde von etwa ½ Stunde, da nach längerer Zeit nur die langsam entstehenden Stenosen, die dem Arzt die nötige Zeit zum Herbeieilen lassen, zu fürchten sind. Ueberhaupt erreichbar muss sich der Arzt natürlich halten. Die Familie hat den Patienten als Schwerkranken, wie jeden andern, zu betrachten.

Spiegelberg-München.

Gesundheitspflege.

Ueber die Ansteckungsgefahr in Eisenbahnwagen. Von Prof. Kobert. (Zeitschr. f. Hyg. 1899.)

Unsere Eisenbahnwagen werden fortwährend ausser von Gesunden auch von solchen Kranken, z. B. keuchhustenkranken Kindern, Tuberkulösen, benutzt, die für die Nebensitzenden und die später denselben Platz einnehmenden eine Quelle der Ansteckung bilden können und ohne Zweifel auch bilden. Alle durch Kuren in Badeorten und Sanatorien erzielten Erfolge sind nur halbe, wenn wir nicht eine fortwährend sich wiederholende Reinigung der Eisenbahnwagen vom bazillenreichen Staube durchsetzen können. Verf. nennt nun eine Reihe eingreifender Vorschläge, um der Ansteckungsgefahr in Eisenbahnwagen vorzubeugen. Der wichtigste davon ist der folgende: Die Benutzung der gewöhnlichen Wagen ist nur Gesunden gestattet. Kranke irgend welcher Art erhalten gegen ärztlichen Schein das Recht, besondere Wagenabteile zu benutzen, die unter sachgemässer Aufsicht alltäglich bezw. nach jeder Benutzung der Formalindesinfektion unterworfen werden. Kranke, welche in die Wagenabteile für Gesunde steigen, werden bestraft und von der Weiterbeförderung ausgeschlossen. Ein so gesunder und berechtigter Kern auch in den Ausführungen des Verfassers liegen mag, so hält Ref. seinen Vorschlag für unausführbar, weil alsdann jeder Eisenbahnzug besondere Wagenabteile für jede ansteckende Krankheit mit sich führen müsste.

Dagegen sind andere Vorschläge, wie z. B. die Aufstellung von Wandspucknäpfen in jedem Coupé sehr leicht durchführbar und wichtig.

Dr. Schmey-Beuthen O.-S.

Digitized by Google

Rezensionen.

Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. Vorträge gehalten an der allgemeinen Poliklinik von Prof. Dr. Alois Monti, Direktor der allgemeinen Poliklinik in Wien. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1899. Heft 6—9. Preis pro Heft 2 Mk. 50 Pf.

Heft VI. Das Wachstum des Kindes von der Geburt bis einschliesslich der Pubertät. Mit 3 Holzschnitten.

Heft VII. Das Blut und seine Erkrankungen. Mit 3 Holzschnitten.

Heft VIII. Syphilis und Scrophulose.

Heft IX. Tuberkulose.

Die vorliegenden 4 Hefte schliessen sich in würdiger Weise den bereits erschienenen an und zeichnen sich durch klare Darstellung und grosse Litteraturkenntnis aus. Besonders interessant ist die Darstellung der Erkrankungen des Blutes, bei welcher die modernen Präparate in kritischer Weise ihrem Werte nach gewürdigt werden. Man kann dem Werke, welches in zwanglosen Heften erscheint, nur einen guten Fortgang wünschen, dasselbe kann neben den zahlreichen Lehrbüchern der Kinderheilkunde sehr gut bestehen und ist namentlich dem praktischen Arzte zu empfehlen.

Drews-Hamburg.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Beitrag zur Anatomie des kindlichen Kehlkopfes. Von Galatti. — Als auffällige Eigentümlichkeiten des kindlichen Kehlkopfes führt G. an, dass das Zungenbein in den ersten Lebensjahren auf dem oberen Rande des Schildknorpels liegt und den höchsten Punkt desselben vollständig von vorne her bedeckt. Die Ringknorpelplatte zeigt eine Neigung nach rückwärts, welche bei Neugeborenen am stärksten hervortritt und im Laufe des 4. Lebensjahres verschwindet. Der Eingang zum Ventriculus Morgagni ist im Verhältnisse zum Abstande des Ringknorpels vom Schildknorpel sehr klein. Stimmbänder und Stimmritze sind daher im Kindesalter nicht nur absolut, sondern auch relativ bedeutend kürzer als beim Erwachsenen. Der Appendix des Ventrikels bedeutet beim Kinde die Fortsetzung des ganzen lateralen Sinusanteiles nach aufwärts und nicht nur seiner vorderen Partie, wie beim Erwachsenen. Die engste Stelle im Laryngotrachealrohre entspricht der Ebene des Ringknorpelringes.

(Wien. klin. Wochenschrift 99.)

Goldbaum-Wien.

— A case showing the value of late injections of diphtheria antitoxin. Von A. K. Daldy. — Einem 7 Monate alten Kinde, welches an Diphtherie und Croup erkrankt war, machte Verf. am 8. Krankheitstage eine Seruminjection (1500 E.) und am nächsten Tage eine gleich grosse. Trotzdem stieg die Respiration von 36 auf 42, die Pulszahl und Temperatur blieben auf der gleichen Höhe (156 und 37,5 °). Die beträchtliche Dyspnoe erforderte die Tracheotomie, welche der zweiten Einspritzung angeschlossen wurde. Von da an trat eine nicht unterbrochene Besserung ein. Pneumonie oder Bron-

Digitized by Google

chitis blieben aus. Am 7. Tage konnte die Kanüle entfernt werden. Völlige Genesung erfolgte. Selbst so späte Antitoxininjection also kann bei bedrohlichen Erscheinungen von Nutzen sein und Erfolg haben. (Brit. med. Journ. 99.)

v. Boltenstern-Bremen.

— Ein Fall von Arthritis blennorrhoica bei einem Neugeborenen. Von Ssokoloff. — Es handelte sich um einen Neugeborenen, dessen Mutter 5 Tage vor der Entbindung an einer blennorrhagischen Arthritis des linken Knies erkrankt und nach vier Monaten noch nicht ganz geheilt war. Das Kind hatte bei der Geburt eine purulente Ophthalmie und einige Tage später Anschwellung und Oedem des linken Armes, besonders an dem Ellbogen und der Schulter. Die passiven Bewegungen waren sehr schmerzhaft, aktive Bewegungen wurden nicht ausgeführt. Am 9. Tage trat Contractur des linken Beines auf, das im rechten Winkel zum Leib gebeugt wurde. Versuche der Reduction des Schenkels waren sehr schmerzhaft. Der Schenkel war geschwollen besonders in dem Coxofemoralgelenk. Das Allgemeinbefinden war gut. Das Kind heilte nach mehreren Anfällen, aber nach 4 Mon. bestanden noch Spuren der Ophthalmie.

(Journal de clin. et de thérap. infantiles 1898 No. 9.)

Drews-Hamburg.

— Bezold'sche Mastoiditis bei Kindern. Von Muck. — Bekanntlich verstehen wir unter Bezold'scher Mastoiditis jene Vereiterung des Felsenbeins, bei welcher der Eiter in die Teile unterhalb der Warzenfortsatzspitze durchgebrochen ist. Das anatomische Substrat hierfür ist das Vorhandensein grösserer pneumatischer Hohlräume in der Spitze des Warzenfortsatzes, die bei Kindern zumeist fehlen, weshalb die Bezold'sche Mastoiditis bisher bei Kindern selten und wohl ausschliesslich bei der scarlatinösen Felsenbeineiterung beobachtet wurde, die häufig mit besonders rapider eitriger Einschmelzung des Knochens einhergeht. Auch die drei von M. beigebrachten neuen Fälle sind im Gefolge von Scharlach aufgetreten. Sie heilten nach operativer Eröffnung ohne besondere Komplikationen. Bemerkenswert ist nur, dass hier der Senkungsabscess früher beobachtet wurde, als dies sonst die Regel ist, nämlich durchschnittlich in der 4.—5. Woche nach dem Auftreten des Exanthems.

(Zeitschrift f. Ohrenheilkunde 99.)

Knopf-Frankfurt a. M.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Stib. sulfur. 1,0
Lanolin 4,0
Vaselin. 2,0
Mf. ungt. DS. Augensalbe.
Blepharit. ciliar.
(Carra)

Rp.
Zinc. oxydat. 10,0
Sulf. praecipit. 15,0
Terr. silic. 5,0
Adip. lan. 50,0
Aq. fontan.
Ol. Rap. aa 10,0
MDS. Zinkschwefelpaste
Ekzeme. (Unna).

Digitized by Google

Rp.
Pulv. agar. neutr. 1,0
Mercur. subl. corr.
Acid. tartar. aa 0,1
Aq. fontan. 100,0
MDS. Sublimatagar; kl. Stückchen auf die erkrankten Hautstellen mehrere Male zu zerdrücken.
Erysipel.
(Ctbl. f. d. ges. Ther.)

Rp.
Acid. salicyl.
Creolin. aa 1,0
Zinc. oxydat. 3,0
Vaselin. 20,0
Lanol. 10,0
Mf. ungt. DS. äusserlich.
Ekzema.
((Neudörfer).

Rp.
Tct. Capsic. 4,0
Spir. camphor. 40,0
Mixtur. obos.-balsam. 2,0
MDS. zum Einreiben.
Perniones.
(Rabow).

Kleine Mitteilungen.

— Ein von den „Rheinischen Nährmittelwerken in Köln" hergestelltes neues Nährpräparat wird Eulactol genannt. Es enthält 14,28 % Fett, 28,46 % Stickstoffsubstanz, 46,35 % Kohlehydrate (hauptsächlich Milchzucker), 4,27 % Mineralstoffe. Es wird aus der Milch unter Zusatz von Milchzucker, Milch — Eier — und Pflanzeneiweiss hergestellt. Es ist ein feines, weissliches, trockenes Pulver und zeichnet sich nach Versuchen von Dr. Vollmann auf der Senator'schen Klinik, der Dührssenschen Privatklinik etc., durch angenehmen Geschmack, gute Bekömmlichkeit und hohen Nährwert aus. Der Preis des E. ist im Verhältnis zu seinem Nährwert kein hoher zu nennen (100 g kosten 1 Mark).

Die Firma Georg Härtel in Breslau, Albrechtstrasse, versendet zum Preise von 3 Mark 75 Pf. einen neuen, sehr praktischen Pulverstreuer. Für gewöhnlich wird zur Verwendung von Streupulver in der sog. kleinen Chirurgie trotz mannigfacher Bedenken ein Haarpinsel oder Watte angewendet, mit deren Hilfe man das betreffende Pulver einer Schachtel entnimmt und auf die Wunden, Nähte etc. stäubt. Mittels des Pulverstreuers geschieht dies in sehr zweckmässiger und einwandsfreier Weise. Er ist namentlich für die Sprechstunden des praktischen Arztes sehr geeignet, da er bequem und sicher mit einer Hand zu dirigieren ist und eine sparsame, leicht dosierbare Verteilung des Streupulvers auf die Wundfläche zu stäuben, gestattet. Zudem sichert das Fehlen jeglicher Gummiteile — welche unter dem Einflusse solcher Pulver besonders leicht hart und brüchig werden — an dem Instrumente seine grössere Dauerhaftigkeit.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandluug jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Februar 1900.** **Heft 2.**

Inhalt: Originalien: **Esch,** Dystrophia musculorum progressiva (Schluss). 26. — **Bruck.** Die nächtliche Enurese und deren Behandlung 34. — Referate: **Monti,** Tuberkulose 38. — **Rolly,** Masern 39. — **Bruck,** Ozaena 39. — **Biedert,** Verdauungsstörungen 40. — **Whitney,** Periodisches Erbrechen 41. — **Höfler,** Milchdiät 43. — **Bogoras,** Zuckerkrankheit 43. — **Klein,** Anämia infantum pseudolaecimica 45. — **Fränkel,** Leistenbrüche 46. — **Mayer,** Heilserum und Thracheotomie 46. — Gesundheitspflege: **Concornotti,** Ueber die Häufigkeit der pathogenen Bakterien in der Luft 47. — Rezensionen: **Eitelberg,** Praktische Ohrenheilkunde 47. — **Naegeli,** Nervenleiden und Nervenschmerzen, ihre Behandlung uud Heilung durch Handgriffe, 2 Aufl., 48. — **Herzfeld,** Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte, 2. Aufl., 48. — Kleine Mitteilungen 48.

Ueber Dystrophia Musculorum Progressiva.

Von Dr. Peter Esch, Volontärarzt an der Kinderpoliklinik von Privatdozent Dr. J. Lange in Leipzig.*)

(Schluss.)

Das Diaphragma ist wohl intakt, da sich die rechte Lunge beim Atmen in normaler Weise verschiebt.

Die Mm. Glutaei sind völlig atrophisch. Von den abgemagerten Oberschenkelmuskeln fällt vor allem die Atrophie der Mm. Adductores auf.

Die Waden sind relativ hypervoluminös und zeigen bei der Betastung eine derbe Resistenz, während die übrige Muskulatur sich schlaff anfühlt.

Eine an verschiedenen Körperteilen vorgenommene Messung ergab folgendes:

Brust	in der Höhe der	Achselhöhle	67 cm
„	„ „	Brustwarze	69 „

*) In Heft 1 irrtümlich als Ass.-Arzt am Kinderkrankenhause zu Leipzig aufgeführt.

Digitized by Google

L.	Oberarm, Mitte des M. Biceps	16	cm
R.	„ „ „ „ „	16,5	„
L.	„ etwas über dem Olecranon	12	„
R.	„ „ „ „ „	12,5	„
L.	Unterarm in der Mitte	14	„
R.	„ „ „ „	14	„
L.	Oberschenkel in der Höhe der Gesässfalte	30	„
R.	„ „ „ „ „ „	31	„
L.	„ im mittlern Drittel	29	„
R.	„ „ „ „	29	„
L.	Unterschenkel, grösste Wadenumfang	26	„
R.	„ „ „	26,5	„

Funktionelle Prüfung:

Stehend zeigt der Kranke ein flügelförmiges Abstehen der Schulterblätter vom Thorax. Das Becken ist nach vorne geneigt und die Lendenwirbelsäule lordotisch gekrümmt. Der Patient geht watschelnd mit vorgestrecktem Bauch und zurückgezogener Brust, und knickt leicht im Knie und in der Hüfte ein. Beim Treppensteigen beschreibt er mit dem vorwärtsschreitenden Beine einen Bogen mit der Convexität nach auswärts; dabei unterstützt er das Steigen sehr durch Zug der Arme am Geländer. Beugt er sich nach vorn, so verliert er leicht das Gleichgewicht. Beim Gehen tritt schnell eine Ermüdung ein. Muss der Kranke sich vom Boden erheben, so geschieht dies in der charakteristischen Weise, wie es zuerst Gowers (28) beschrieben hat. Er legt sich zuerst auf den Bauch, zieht die Schenkel in Kniebeuge vor, stützt sich auf die Kniee und sucht gewissermassen an sich selbst emporzuklettern.

Die willkürlichen Bewegungen der Extremitäten sind in unbeschränktem Masse vorhanden. Schwer fällt dem Patienten bloss die Beine zu adduzieren und den Arm über die Horizontale seitwärts zu erheben. Der Widerstand, der durch aktive Bewegungen überwunden werden kann, ist ein geringer.

Fasst man den Patienten unter die Achselhöhle und sucht ihn in die Höhe zu heben, so fahren die Schulterblätter sofort hoch, weil er nicht im Stande ist, dieselben zu fixieren. Beugung, Streckung, Seitwärtsbewegung des Kopfes gehen gut von statten. Es bestehen keine Schluckbeschwerden. Die Hautsensibilität — Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung — zeigt keine Besonderheiten. Spincteren, höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört. Patellarreflex vorhanden.

II. Fall.

Der Bruder Carl, 20 Jahre alt, hat in seiner Kindheit, Masern, Keuchhusten und Diphtherie glücklich überstanden. Er lernte mit 14 Monaten das Laufen. Den schleichenden Beginn seiner jetzigen Krankheit bemerkten die Eltern in seinem 14. Lebensjahre. Während er vorher gut turnte und an den Spielen seiner Kameraden voll und ganz teilnahm, begann er jetzt bei grösseren Anstrengungen über Müdigkeit im Kreuz und in den Beinen zu klagen. Besondere Schwierigkeiten bereitete auch ihm das schnelle Treppensteigen.

Status praesens:

Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, dessen Gesichtsfarbe blass

Digitized by Google

dessen Gesichtsausdruck frisch aussieht. Die Schädelbildung ist normal. Von Drüsenschwellungen, Oedemen, Exanthemen ist nichts zu bemerken. Das Sensorium ist frei, Intelligenz gut. Die Pupillen sind gleich und reagieren auf Lichteinfall. Die Untersuchung der innern Organe zeigt nichts Abnormes. Kein Fieber.

Im Gegensatze zum ersten Falle kann man bei diesem Kranken eine ziemlich gute Entwicklung der ganzen Muskulatur beobachten. Gesichts- und Halsmuskulatur ist von der Atrophie nicht ergriffen, desgleichen ist die Schultergürtelmuskulatur kräftig; vielleicht ist der Pectoralis major in seinem Volumen etwas vermindert. Infolgedessen ist der oberen Extremität auch die volle rohe Kraft erhalten, und die Bewegungen gehen ungestört von statten. Rücken- und Bauchmuskeln sind voluminös. Es besteht zwar eine geringe Lordose, die eigentlich bloss beim Gange zum Vorschein kommt. Die untere Lungengrenze rechts verschiebt sich bei der Atmung, also scheint das Diaphragma intakt zu sein. Die Mm. glutaei sind flach und etwas atrophisch. Der M. Quadriceps und die Mm. Adductores sind deutlich abgemagert, während Waden- und Fussmuskeln normal sind. Infolgedessen ermüdet Patient rasch beim Gehen und er steht nicht besonders fest auf den Beinen; und das Treppensteigen macht ihm einige Schwierigkeiten. Fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Die Haut ist an allen Körpergegenden normal verfärbt. Auch Temperaturunterschiede sind nicht wahrzunehmen. Die Sensibilität ist in allen ihren Qualitäten intakt.

Sphincteren und höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört.

III. Fall.

Die 21jährige Schwester Marie überstand in ihrer frühesten Kindheit Keuchhusten, Masern und Spitzpocken; sonst war sie ein gesundes lebhaftes Kind. Die ersten Zähne kamen im 7. Monat und mit einem Jahre hat sie das Laufen gelernt.

Die jetzige Krankheit begann mit dem 6. Lebensjahre. Die Eltern führen das Leiden auf eine Erkältung zurück, die Patientin nach einem unfreiwilligen kalten Bade erlitten hat. Vordem war es ein dickes Kind, das sich an den Spielen seiner Freundinnen mit Interesse beteiligte. Auch bei ihr bemerkten die Eltern zuerst das schwerfällige Treppensteigen, während die obern Extremitäten noch intakt erschienen. Doch bald zeigte sich in den letztern eine merkliche Ungeschicktheit. Bald nachher ging sie blos mehr auf den Zehenspitzen mit einwärts gerollten Beinen. Dabei war sie die beste Schülerin und ertrug ihr rasch progredierendes Leiden mit grösster Geduld. Im 14. Jahre traten bei der Patientin die Menses ein, die 3—4 Tage dauerten und regelmässig waren. Sie suchte auch im Jahre 1895 die hiesige Universitätskinderklinik auf, aber leider ist die Krankengeschichte verloren gegangen.

Status praesens:

Patientin ist ein mittelgrosses kräftig aussehendes Mädchen. Die Gesichtsfarbe ist frisch und lebhaft gerötet, während der Gesichtsausdruck leidend und teilnahmslos ist. Die Schädelbildung ist symmetrisch. Nichts zu bemerken ist von Drüsenschwellungen, Oedemen und Ausschlag auf der Haut. Das Fettpolster ist enorm entwickelt.

Digitized by Google

Die Zunahme des Fettes begann erst nach dem Jahre 1895, während die Kranke früher mager war. Das Sensorium ist frei, die Intelligenz gut entwickelt. Auf Fragen giebt sie allerdings langsam und teilnahmslos Antworten. Die Pupillen sind gleich, von mittlerer Weite und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Untersuchung der innern Organe lässt keine Abweichungen von der Norm erkennen. Der Urin ist klar, ohne Eiweiss. Kein Fieber.

Beim Betrachten der Patientin fällt der athletische Bau der Arme und die Dicke der untern Extremitäten auf. Ja, die untern Extremitäten erinnern geradezu an Elephantiasis. Bei der Palpation hat man jedoch nicht das Gefühl der prall-elastischen Resistenz des Muskelgewebes, sondern meist des weichen Fettgewebes; nur die Wadenmuskulatur fühlt sich enorm derb an, was wohl auf Wucherung des interstitiellen Bindegewebes beruht. Im Gesicht sind die Falten verstrichen, was wahrscheinlich auf starker Entwicklung des Panniculus adiposus beruht, da die mimischen Funktionen ungestört von statten gehen. Die Augen-, Zungen-, Schlund- und Kehlkopfmuskulatur ist von der Atrophie nicht ergriffen; bei ihnen haben sich nie Störungen gezeigt.

Am Halse ist von den Mm. Sternocleidomastoidei die sternale Portion vor allem ergriffen, während die Scaleni keine Veränderungen darbieten.

An beiden Oberarmen ist die Beugemuskulatur hochgradig atrophisch. Beim Biceps und Brachialis internus sind sozusagen keine Muskelfasern mehr durchzutasten und man fühlt blos das schwammige Fettgewebe. Im Gegensatz dazu sind die Mm. Tricipites hypervoluminös zu nennen. Auch den Supinator longus scheint der degenerative Krankheitsprozess in seinen Bereich gezogen zu haben. Die kleinen Handmuskeln sind beiderseitig vollständig normal.

An den Muskeln des Thorax und des Schultergürtels ergeben sich folgende Verhältnisse:

Die Pectoralmuskeln sind fast völlig geschwunden und von den Mm. Serrati anteriores ist nichts mehr nachzuweisen. An ihrer Stelle ist Fettgewebe, während an Stelle des M. Deltoidens sich eine Grube befindet. Stark pseudohypertrophisch sind auch die Mm. Supra- und Infraspinati, die Mm. Cucullares, die Mm. Rhomboidei, die Mm. Levatores anguli scapulae, die Mm. Latissimi dorsi und die Erectores trunci.

Das Diaphragma ist auch in diesem Falle intact, wenigstens verschiebt sich rechts die untere Lungengrenze in normaler Weise.

Beim Pressen kontrahieren sich die Bauchmuskeln.

An der unförmlichen Verdickung der untern Extremität beteiligen sich besonders die Glutaei und am Oberschenkel die Mm. Adductores und der Quadriceps. Am Unterschenkel sind die Waden in ihrem Volumen enorm vermehrt und geben einen derben Palpationsbefund, während die übrige Muskulatur normal ist; desgleichen zeigen die Fussmuskeln nichts Anomales.

Eine an verschiedenen Körperteilen vergenommene Messung ergab folgendes:

L.	Oberarm, Mitte des M. Biceps	23 cm
R.	„ „ „ „ „	23 „

Digitized by Google

L. Oberarm, etwas über d. Olecranon . . .	19	cm
R. „ „ „ „ „ . . .	19,5	„
L. Unterarm in der Mitte	20	„
R. „ „ „ „	20	„
L. Oberschenkel in der Höhe der Gesässfalte	49	„
R. „ „ „ „ „	49,5	„
L. „ ungefähr in der Mitte . . .	48	„
R. „ „ „ „ „ . . .	48	„
L. „ oberhalb der Patella . . .	41,5	„
R. „ „ „ „ . . .	41,5	„
L. Unterschenkel, grösster Wadenumfang . .	36	„
R. „ „ „ . .	36,5	„

Funktionelle Prüfung. Diese Patientin zeigt auch ein flügelförmiges Abstehen der Schulterblätter vom Thorax, was aber wegen der hochgradigen Lipomatose nicht so auffällt. Die Wirbelsäule ist im Ledenteil hochgradig lordotisch gekrümmt; der Bauch nach vorne gestreckt; die Brust zurückgezogen. Die Füsse stehen in beträchtlicher Equinusstellung und nach innen rotiert. Das freie Stehen ist unmöglich und beim Gehen muss sie unterstützt werden; dabei ist der Gang watschelnd und der Oberkörper balanciert gleichsam auf den unteren Extremitäten. Das Treppensteigen sowie das Erheben aus liegender Stellung ist unmöglich. Interessant ist, wie sie sich aus sitzender Stellung erhebt. Es ist dies blos möglich, wenn vor ihr ein Tisch steht und der Stuhl nicht zu niedrig ist. Sie beugt zunächst ihren Oberkörper nach rückwärts und giebt sich gleichsam einen Schwung nach vorwärts, stützt sich mit der Brust gegen den Tisch und mit den Händen auf die Kniee. Hat die Kranke sich so etwas erhoben, so stützt sie dann die Ellenbogen und schliesslich die Hände auf den Tisch. Oft verlässt sie bei dieser Anstrengung die Kraft; sie ruht etwas aus, und macht einen erneuten Versuch.

In der Rückenlage ist das Heben der Beine fast unmöglich, ebenso die Flexion im Kniegelenk. Desgleichen sind die Bewegungen der obern Extremitäten beschränkt, so die Beugung des Vorderarms; die Seitwärtshebung des Armes über die Horizontale ist unmöglich; dagegen gelingt die Pronation und Supination der Hand; und die Bewegungen der Finger werden sogar mit grosser Geschicklichkeit ausgeführt wie dies beim Stricken zu beobachten ist. Der Widerstand, der durch aktive Bewegungen beseitigt werden kann, ist ein geringer.

Fasst man die Patientin unter die Achselhöhle und sucht sie zu heben, so fahren die Schultern sofort in die Höhe. Beugung, Streckung und Seitwärtsbewegung, sowie Rotation des Kopfes gehen gut von statten.

Die Patellarreflexe sind schwach vorhanden, desgleichen sind die Hautreflexe herabgesetzt. Die elektrische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden, da die Kranke in Wurzen untersucht wurde; jedoch hat sich bei der frühern elektrischen Prüfung im hiesigen Kinderkrankenhausen ichts von E. a. R. gezeigt. Fibrilläre Zuckungen sind nicht vorhanden. Die Haut ist an allen Körpergegenden normal gefärbt. Die Hautsensibilität (Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung) ist vorhanden.

Digitized by Google

Sphincteren, höhere Sinnesnerven funktionieren ungestört.
Es besteht eine starke Kontraktur der Wadenmuskulatur.

Als IV. Fall in derselben Familie lässt sich vielleicht die 18jährige Schwester Emma anführen. Auch sie begann in ihrer Jugend eine Unsicherheit in den Beinen zu zeigen und ermüdete allzu rasch beim Gehen. Jetzt tritt sie zuerst mit der Hacke auf und zeigt noch immer diese Unsicherheit und Ungeschicklichkeit. An den Muskeln selbst ist nichts nachzuweisen, ebenso sind die Muskeln der obern Extremitäten intakt. Die Patellarreflexe und die Hautreflexe sind vorhanden. Die Lendenwirbelsäule ist nicht lordotisch gekrümmt und der Gang ist nicht watschelnd. Sie kann gut Treppen steigen, aber das Springen fällt ihr etwas schwer. Sollte diese Patientin nicht auch von demselben Leiden befallen sein, das aber stationär geblieben ist und vielleicht später fortschreitet?

In den drei ersten Fällen wurde die Diagnose auf „Dystrophia musculorum progressiva" gestellt. Halten wir uns an das alte Schema, welches folgende Formen der Dystrophia musc. progr. unterscheidet:

1. Pseudohypertrophia musc. progr.
2. Hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden)
3. Juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)
4. Infantile Muskelatrophie mit Gesichtsbeteiligung (Typus Landouzy — Déjérine),

und versuchen wir unsere Krankheitsfälle unter irgend eine Rubrik einzureihen.

Gehört der I. Fall zur Form No. 2 oder 3? Der Typus Leyden tritt ja grade familiär auf und beginnt mit Schwäche im Kreuz und in den untern Extremitäten. Er beginnt im zarten Alter, wie sich der Autor dieser Krankheitsform vorsichtig ausdrückt. Aber die obern Extremitäten werden meist erst nach Jahren ergriffen und es besteht fast immer eine Pseudohypertrophie, sodass Möbius sogar Form Nr. 1 und 2 für identisch erklärte.

Die juvenile Atrophie tritt im Kindes- und Jünglingsalter auf und befällt sowohl die untere als auch die obere Extremität. Mit der Atrophie combiniert sich häufig eine wahre oder falsche Hypertrophie vor allem der Mm. Deltoideus, Supra- und Infraspinatus, Teretes, Triceps etc.

In unserm Falle ist grade der M. Deltoideus vollständig verschwunden, ebenso sind der Supra- und Infraspinatus stark abgemagert. Am leichtesten kann man diesen Fall wohl zur „juvenilen Muskelatrophie" rechnen, trotzdem überhaupt keine Pseudohypertrophie besteht.

Den zweiten Fall muss man wohl zur „hereditären Muskelatrophie" zuzählen, obgleich das Leiden nicht im zarten Alter begann und obgleich keine Pseudohypertrophie besteht. Vielleicht wird die obere Extremität noch mehr afficiert und ein späterer Untersucher kann die „juvenile Form der Muskelatrophie" diagnosticieren.

Bei oberflächlicher Betrachtung möchte man den III. Pall als einen rein pseudohypertrophischen hinstellen. Aber die „Pseudohypertrophia musc. progr." beginnt gewöhnlich mit den ersten Gehversuchen, ja sie kann sogar angeboren sein. Dazu hat sich in unserem

Digitized by Google

Falle die Lipomatose erst nach 9jährigem Bestehen der Krankheit eingestellt.

Das letztere passt auch nicht ganz in den Rahmen der „juvenilen Form", desgleichen nicht der vollständige Schwund des M. Deltoideus und der Muc. Infra- und Supraspinati. Dies könnte im Anfange eine „hereditäre Muskelatrophie" gewesen sein, die sich zur „juvenilen Muskelatrophie" entwickelt hat, wofür ich ihn jetzt halte.

Sieht man in dieser Beziehung das zahlreiche casuistische Material durch, so gewinnt man häufig den Eindruck, dass die angeführten Krankheitsfälle in eine dieser Rubriken „eingezwängt" sind. Daraus ergiebt sich, dass die Scheidung der „Dystrophia musc. progr." in diese Unterabteilungen mangelhaft und unbrauchbar ist. Mangelhaft ist die Einteilung wohl deshalb hauptsächlich, weil als charakteristische Merkmale der einzelnen Formen die Zeit des Auftretens der Krankheit und die mehr oder weniger auftretende Pseudohypertrophie angeführt werden. Jedenfalls wäre es einfacher und vielleicht auch zweckmässiger blos mehr von „Dystrophia musc. progr." zu reden, und zur näheren Kennzeichnung des einzelnen Falles z. B. hinzusetzte: mit vorzüglichem Befallensein der unteren oder oberen Extremität, oder im anderen Falle combiniert mit Pseudohypertrophie, oder im dritten Falle blos von allgemeiner Dystrophia musc. progr. zu reden eventuell combiniert mit Pseudohypertrophie; schliesslich wäre die eventuelle Beteiligung des Gesichtes noch zu erwähnen. Bei dieser Einteilung wäre die Zeit des Auftretens des Leidens gar nicht berücksichtigt.

Eine besondere Scheidung der Pseudohypertrophie in vier Unterabteilungen, wie sie Damaschino (29) gegeben hat, dürfte höchstens theoretisches Interesse haben.

Die Besonderheiten unserer Fälle sind zum Teil erwähnt; es ist noch zu berichten das frühe Auftreten der hochgradigen Contractur im Falle III.

Das Vorhandensein der verschiedenen Formen der Krankheit in einer Familie möchte ich noch als Beweis der im ersten Teil der Arbeit aufgestellten Behauptung anführen, dass die „Dystrophia musc. progr." eine nosologische Einheit ist, welche 1) die Pseudohypertrophie, 2) die hereditäre Form der Muskelatrophie (Leyden), 3) die juvenile Form (Erb), 4) die infantile Form mit Gesichtsbeteiligung (Landouzy-Déjérine) unter diesem Begriffe zusammenfasst. Dass auch Nr. 4 zur „Dystrophia musc. progr." gehören kann ich natürlich blos durch analogen Schluss und gestützt auf die Ausführungen Erb's behaupten.

Aetiologisch bringen die beschriebenen Krankheitsfälle nichts Neues. Sie machen wieder auf den grossen Einfluss der Heredität, auf die ärmlichen Lebensverhältnisse, schlechte Wohnungen, ungenügende Beleuchtung und Ventilation, ferner auf reichlichen Kindersegen aufmerksam. Deutlich sprechen sie aber dagegen, dass die „Nimia exercitatio" einen ätiologischen Einfluss habe, weil das Leiden schon in der Kindheit begann. Interessant ist die Angabe der Eltern, dass sie die Krankheit im Falle III auf Erkältung zurückführen. Es wäre möglich, dass diese Erkältung ähnlich wie man es von den Infektionskrankheiten, Masern, Scharlach, Diphtherie annimmt, die vorhandene latente Läsion aus ihrem Schlummer geweckt hätte.

Digitized by Google

Was Prognose und Therapie anlangt, so ist die erstere quoad vitam non pessima, wohl aber quoad sanationem; da wir trotz zahlreicher angewandter innerlicher und äusserlicher Mittel, ich nenne Elektrizität, Hautpflege, Massage, Frottieren mit Moorsalzen keinen Fall von Heilung zu verzeichnen haben. Ueber operative Versuche die pathologische Schulterstellung zu verbessern berichtet Fiselsberg (30) Er empfiehlt die Naht der beiden Scapulae aneinander beziehungsweise der Scapula an die Rippe. Zur Nachbehandlung giebt er passende Apparate an. Prof. Lépine berichtet von einem Falle von „Myopathie progr. améliorée par la Médication thyroidienne". Er konnte zwar keine Zunahme des Muskelvolumens konstatieren, glaubte aber, dass die Contractionsenergie wachse. Dies sind die neuesten Versuche der Therapie.

Am Schlusse meiner Arbeit gestatte ich mir das Resultat derselben kurz zusammenzufassen:

1) Der Begriff „Dystrophia musculorum progressiva" fasst die Pseudohypertrophie, die hereditäre Form der Muskelatrophie (Leyden), die juvenile Form (Erb), die infantile Form mit Gesichtsbeteiligung (Landouzy-Déjérine) zusammmen, und bildet eine nosologische Einheit.

2) Die „Dystrophia musculorum progressiva" ist neurotischen Ursprunges. Bei Obductionen ist mehr auf den Gehirnbefund zu achten.

3) Die alte Einteilung der „Dystrophia musculorum progressiva" in
   1) Pseudohypertrophia musc. progr.
   2) Hereditäre Muskelatrophie (Typus Leyden)
   3) Juvenile Muskelatrophie (Typus Erb)
   4) Infantile Muskelatrophie mit Gesichtsbeteiligung (Typus Landouzy-Déjérine)

ist nicht sehr zweckmässig. An ihre Stelle gestatte ich mir folgenden Vorschlag zu machen:

1) Allgemeine Dystrophia musculorum progressiva, eventuell combiniert mit wahrer oder falscher Hypertrophie.

2) Dystrophia musculorum progressiva mit besonderem Befallensein
   a) des Gesichtes
   b) der obern
   c) der untern Extremitäten eventuell combiniert mit wahrer oder falscher Hypertrophie.

Litteratur.

1. Van Swieten: Commentarii in H. Boerhave aphorismos 1750.
2. Abercrombie: Pathological and practical researches on diseases of the brain and the spinal cord 1834.
3. Ch. Bell: Phys. und path. Untersuchungen des Nervensystems dsch. von Romberg 1832.
4. Griesinger: Arch. für Heilkunde 1865.
5. Aran: Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire. Arch. gen. de med. XXIV. 1850.
6. Duchenne: Union médicale 1852.
   Ipse: Bulletin de thérapeutique 1853.
7. Cruveilhier: Arch. gen. de méd. 1856.

Digitized by Google

8. Luys: Gaz. méd. de Paris 1860.
9. Clarke: Méd. chir. transact. 1866.
10. Hayem: Arch. de la phys. norm. et path. 1869.
11. Friedberg: Pathologie und Therapie der Muskellähmung. Weimar 1858.
12. Jaccoud: Communication à la société des hospitaux 1864.
13. Friedreich: Ueber progressive Muskelatrophie, über wahre und falsche Hypertrophie. Berlin 1873.
14. Lichtheim: Arch. für Psych. 1878 Bd. VIII.
15. Friedr. Schultze: Ueber den mit Hypertrophie verbundenen progressiven Muskelschwund und ähnliche Krankheitsformen. Wiesbaden 1886.
16. Leyden: Klinik der Rückenmarkskrankheiten Bd. II. 1876.
17. Möbius: Ueber die hereditären Nervenkrankheiten Volkm. Samml. klin. Vorträge 1879.
18. W. Erb: Handbuch der Elektrotherapie 1882 (v. Ziemssen' Handb. d. allg. Therapie Bd. III.
Ipse: Ueber juvenile Form der Muskelatrophie u. ihre Beziehungen zur sogenannten Pseudohypertrophie der Muskeln (Deutsch. Arch. für klin. Med. Bd. XXXIV. 1884.)
Ipse: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1891.
19. Landouzy-Déjérine: De la myopathie atrophique progressive (myopathie sans neuropathie) débutant d' ordinaire dans l' enfance par la face (Rev. de méd. 1885).
Ipsi: Nouvelles recherches cliniques et anatomopathologiques sur la myopathie progressive (Rev. de méd. 1886).
20. Knoll: Wiener medizinische Jahrbücher 1872.
21. Dujardin-Beaumetz: L' union médicale 1880 XXX.
22. Heubner: Ein paradoxer Fall von infantiler progressiver Muskelatrophie. Wagner-Festschrift 1887.
23. Schulz: 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg 1889.
24. Preisz: Arch. für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 1889.
25. Borgherini: Dtsch. Arch. für klin. Med. 1884.
26. Bisping: Inaug. Dissert. Kiel 1898.
27. Pick: Arch. für Psych. und Nervenkrankheiten 1876.
28. Gowers: Lancet July 1879.
29. Damaschino: Gaz. des hôp. 1892.
30. Eiselsberg: Arch. für klin. Chir. LVII. 1898.
31. Quinke: Dtsch. Arch. für klin. Med. 1888.
32. Strümpell: Specielle Pathol. und Therapie.
33. Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten.
34. Israël: Inaug. Dissert. Freiberg 1891.
35. Veiga de Souza: Inaug. Dissert. Kiel 1888.
36. Reitmaier: Inaug. Dissert. Würzburg 1893.
37. Cohn: Inaug. Dissert. Erlangen 1893.
38. Marcuse: De atrophia muscul. progr. Berlin 1856.
39. Günther: Inaug. Dissert. Berlin 1884.
40. Marr: 2 Fälle von Pseudohypertrophia musc.
41. Charité-Annalen 1892 XVII.

Digitized by Google

42. Gast: Inaug. Dissert. Leipzig 1898.
43. Jahresbericht über Neurologie und Psychiatrie 1897.
44. Zeitschriften: Verschiedene Jahrgänge der Berl. klin Wochenschrift; des neurol. Centralblattes; des Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten; des dtsch. Arch. für klin. Med. und der dtsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde.

Die nächtliche Enurese und deren Behandlung.

Von Dr. **Leopold Bruck** in Budapest.

Bei genauer Durchsicht der die Enurese berücksichtigenden Casuistik fällt es merkwürdig auf, wie sehr die Ansichten bezüglich dieses eigenartigen Uebels auseinandergehen und wie der eine und der andere Autor physiologisch geklärte Thatsachen übersieht, um Hypothesen ephemeren Wertes aufzustellen. Von dem lobenswertestem Eifer beseelt, bestrebten sich Einzelne, die Pathogenese der Enuresis mit Zuhilfenahme scharfsinniger Theorien zu entziffern und auf dunkle Punkte derselben strahlendes Licht zu werfen; ein Vorgehen, das leider aus greifbaren Gründen eitles Bemühen blieb. Denn bei dem Akte der Enuresis, wo einerseits Erscheinungen zur Geltung kommen, die sich auf Bahnen abspielen, deren wirklicher Zusammenhang mit dem Gehirn, namentlich mit den motorischen Ganglienzellen, nur supponiert wird, und wo andererseits auch der Wille und Traum tangiert wird — Aequivalente, die der Psychophysiologie angehören —, kann sich die Forschung nicht frei bewegen und muss sehr oft auf bekannte klinische und pathophysiologische Symptome zurückgreifen, um auftauchende Lücken auszufüllen. Bei einer funktionellen Störung, wie die Enuresis, müssen die einfachsten Veränderungen, vor Allem die anatomischen, genau studiert und ein sicheres physiologisches Fundament gelegt werden; dann ist es möglich, eine Pathogenie zu schaffen, die für die Therapie von Nutzen ist und Alles zu vermeiden, was Irrtum ist oder an Irrtum grenzt. Schon die Begriffsbestimmung der Enuresis erheischt die peinlichste Genauigkeit, soll sie nicht mit Inkontinenz verwechselt werden. Ultzmann giebt uns diesbezüglich eine vortreffliche Definition; er versteht unter Enuresis den unwillkürlichen Abgang normalen Harnes bei sonst normalem Harnapparate im Kindesalter. Es sind demnach nicht nur die Fälle ausgeschlossen, wo diese Funktionsanomalie hervorgerufen wird durch Missbildungen, Praeputialsteine, entzündliche Vorgänge an den Genitalien, sondern jede Enuresis, die auf hereditärer Belastung, schlechter oder mangelhafter Erziehung, auf Furcht vor dem Alleinsein im Finstern oder auf Faulheit, dem natürlichen Bedürfnisse nachzugeben, beruht. Diese Form von Enuresis ist eine numerisch beschränkte.

Der Wert der allgemeinen Körperschwäche darf bei dem Zustandekommen dieser Krankheit nicht zu hoch angeschlagen werden; so erwähnt Köster [1], dass in 20 von ihm beobachteten Fällen nur 7 sich durch schwachen Körperbau oder Blutarmut auszeichneten, die übrigen 13 dagegen kräftige, zum Teil sogar blühende Individuen

Digitized by Google

waren und Williams [2] fand unter seinen 62 Kranken nur 12 schwach entwickelte. Das Leiden beginnt regelmässig nach dem Zahnen mit dem 2.—3. Lebensjahre, wo die Kinder ihre Sphincteren schon beherrschen gelernt und verschwindet mit Eintritt der Pubertät gewöhnlich — oft ohne jeden ärztlichen Eingriff — für immer. Nicht selten tritt diese Krankheit ohne jede nachweisbare Ursache bei Kindern auf, die in den ersten Lebensjahren vollkommen gesund waren und bleibt dann Jahre lang stationär. Eine besondere Eigenheit der Enuresis ist, dass sie Kinder betrifft, deren Schlaf so fest ist, dass man sie umziehen und umzubetten vermag, ohne dass sie erwachen. Die Harnentleerung ist stets reichlich und erfolgt im kräftigen Strahl, zumeist in den ersten Stunden nach dem Schlafengehen oder kurz vor dem Erwachen. Im wachen Zustande urinieren derartige Kinder eben so gut, wie andere Menschen. Wie weit der Traum bei der Entstehung der Enuresis mitwirkt, ist schwer zu entscheiden, sind wir doch ganz auf Erinnerungen solcher Kinder angewiesen, die sich schämen, möglicherweise auch vor einer Strafe fürchten.

Um das Wesen der Enuresis zu begreifen, muss man sich die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der Blase und Harnröhre — so weit sie hier in Betracht kommen — genau vergegenwärtigen. Die kindliche Blase hat, wie Mayet [3] und auch andere gefunden, eine birnförmige Gestalt und variirt in ihrer Grösse und Capacität; sie ist ohne krankhaft zu sein bei schwächlichen Kindern sehr oft stark entwickelt und auch umgekehrt. Bei der Urinausscheidung kommen an der Blase zwei Muskeln, Detrusor und Sphincter vesicae, zur Geltung, beide sind vegetativ und bilden insgesamt einen Hohlmuskel, dem auch nur die einzige Funktion zukommt, bei der Contraction den Hohlraum allseitig zu verkleinern und den Inhalt zu entleeren (Henle [4]). Der Uebergang der Harnflüssigkeit aus der Blase in die Urethra — der Rückgang in die Uretheren ist wegen ihrer Schiefstellung unmöglich gemacht — kann nur durch Erschlaffung einer gewissen Muskelgruppe erreicht werden, vor allem des Constrictor urethrae, dann des Diaphragma urogenitale (Levator prostatae, M. transversi perin, M. m. ischio — cavernosi — und M. m. bulbo-cavernosi). Bei Schluss der Harnentleerung contrahieren sich alle die hier angeführten Muskeln, infolgedessen Blasenhals und Urethralkanal sich genau anpassen und so die Blase schliessen. — Die Abdominalmuskeln und das Diaphragma urogenitale unterstützen nur die Blasenmuskeln in ihrer Funktion, die Harnentleerung erfolgt in erster Linie durch Contraction der Blase selbst.

Was die Nerven anbetrifft, welche diese Teile versorgen, haben Goltz und Freundtberg nachgewiesen, dass im Lendenmark des Hundes ein Zentrum liegt, das die Harnentleerung selbständig, ohne Mitwirkung des Gehirns regulieren kann und Zeissl [5] fand, dass die entnervte Blase sich selbst innerviert, also authochtone Centren besitzt. Zum Gehirn gehen durch das Rückenmark Nervenbahnen, denen es zukommt, dem Zentrum Kenntnis von der Blasenfüllung zu geben und vom Gehirn aus wird der Constrictor urethrae willkürlich innerviert. Der Sitz dieses Zentrums liegt angeblich im Gyrus sigmoid.

In der leeren, oder schwach gefüllten Harnblase legt sich die

Digitized by Google

Schleimhaut in Falten, unter welchen besonders die als luette vésicale bekannte bemerkenswert ist, die einen natürlichen Klappenverschluss gegen das Orificium internum urethrae bildet. Durch Contractionen beider Uretheren wird in kurzen Zwischenräumen Harn in die Blase befördert, diese stetig entfaltet und der Druck innerhalb derselben mehr und mehr gesteigert, bis eine Verstreichung des Schleimhautverschlusses erfolgt. Natürlich wird auch mit dem stufenweisen Ansteigen der Flüssigkeit in der Blase deren Wandung gedehnt, was eine Zerrung der Blasenwandungsnerven mit sich bringt. Diese Erregung wird zum Gehirn reflektorisch fortgeleitet und dort als Harnblasenfüllung empfunden. Mit zunehmender Füllung der Blase wird schliesslich ein Moment eintreten, wo der Detrusor und Sphincter sich das Gleichgewicht halten, dieser genügt, dass sich die Schwere der Flüssigkeit geltend macht, den Sphincter durchstreichend in die hintere Harnröhre eindringt und dort als starker Reiz empfunden wird, infolgedessen sich der Compressor urethrae allsogleich contrahiert und den Urin wieder in die Harnblase regurgitiert. Sobald aber der Sphincter internus unfähig wird, den intravesicalen Druck zu überwinden, bleibt der gefüllte Blasenhals stabil und der Harndrang besteht ununterbrochen, bis der tonisch contrahierte äussere Blasenröhrensphincter ermüdet und erschlafft; dem Harndrang steht nun nichts im Wege, er erfolgt gegen unseren Willen.

Diese Auseinandersetzungen ergeben, dass unter normalen Verhältnissen nicht nur die Blasenfüllung, sondern auch deren Entleerung reflektorisch begonnen und vollendet werden; denn vegetative Muskeln dilatieren und contrahieren die Blase, die vom Willensorgan ganz unabhängig innerviert werden, der Wille kommt nur bei der zeitweiligen tonischen Contraction des Constrictor urethrae und auch nur im wachen Zustande zur Geltung.

Einem Experimente gleich kommt der von Monakow zitierte Fall, der schlagend für die Reflexthätigkeit der Blase eintritt; er betrifft einen 26jährigen Mann, dessen Autopsie eine aussergewöhnlich rudimentäre Entwickelung der Grosshirnlappen ergab, im Leben vollkommen blöd, erfolgt die Harnentleerung normal.

Ganz wie bei Tage geschieht die Füllung der Blase in der Nacht nur wird, wie Schatz[6] gefunden, infolge Herabsetzung des intraabdominellen Druckes durch Liegen im Bett, mehr Harn abgesondert; nichtsdestoweniger wird, obwohl der Blasenmuskeltonus nachts geschwächt ist, nur bei einem geringen Teil der Kinder der Blasenverschluss eröffnet in den ersten Nacht- oder ersten Morgenstunden, zu einer Zeit, wo, wie Czerny nachgewiesen, die tiefsten Schlafkurven vorkommen. Es ist durchaus logisch, wenn man supponiert, dass derartige Kinder einen minderwertigen Sphincter internus haben; bei Tag vollkommen normal, können sie ihres aussergewöhnlich tiefen Schlafes wegen den Harnreiz nicht empfinden.

Enuresis ist demnach eine zeitweilige Anomalie der Harnentleerung, die Kindern eigen ist, deren Schlaf sehr fest ist und die bis auf einen minderwertigen Sphincter internus einen normalen Harnapparat besitzen.

Diese Auffassung des Leidens erlaubt uns, mit Beiseitesetzung

Digitized by Google

der Empirie und symptomatischer Mittel, eine rationelle zielbewusste Therapie zu verfolgen, welche darin gipfelt, den Sphincter internus zu schonen, bis die Schlafkurven wieder normal werden.

Einen besonderen Beweis für den Connex der Sphincterfunktion und des Schlafes finden wir in einer Beobachtung Mendelsohn's, wo „bei einem älteren Knaben die nächtliche Enurese mit dem Auftreten einer akuten Urethritis wie abgeschnitten sistierte: sehr erklärlicherweise, denn der nun auf die Schleimhaut ausgeübte schmerzhafte Reiz war jetzt stark genug, den Kranken zum Erwachen zu bringen."

Suggestion und mechanische Behandlung scheinen hier die berufenen Heilfaktoren zu sein. Die erste Empfehlung der seelischen Behandlung stammt von F. v. Niemeyer [7], und obwohl Lebert [8] v. Niemeyer glossiert, nimmt Henoch trotzdem bei der Behandlung der Enuresis einen sehr skeptischen Standpunkt ein und leugnet den Wert irgend welcher Methode ausser der Suggestion. Cullère [9] veröffentlicht die Heilerfolge der Suggestion bei 24 Personen, wovon 22 von ihrem Leiden befreit wurden. Eine Sitzung genügte schon; ausnahmsweise waren mehrere notwendig. Die Technik ist die denkbar einfachste und verlangt keine Vorkenntnisse. Man lässt den Kranken in einen Lehnstuhl setzen, leitet seine Gedanken auf die Hoffnung einer sicheren Heilung und bringt ihn durch Fixation des Blicks in leichte Hypnose. Auch wenn diese nur eine ganz oberflächliche ist, wirkt die Suggestion. C. benutzt folgende Phrasen bei der Hypnose: „Sie werden zu bestimmter Stunde erwachen und urinieren." „Sie werden das Bedürfnis fühlen — oder — du wirst nicht mehr in's Bett pissen." —

Die mechanische Behandlung besteht in der Hochlagerung des Unterkörpers bei bettnässenden Kindern und wurde zu allererst von Van Tienhofen im Haag geübt und von Stumpf [10] und Mendelsohn [11] weiter empfohlen. Nach Stumpf's Anweisung legt man die Kinder mit dem Oberkörper ganz eben und schiebt unter den Kopf ein dünnes, kleines Kissen, unter die Beine ein starkes Polster, so etwa, dass die letzteren mit der horizontalen Wirbelsäule einen Winkel von 130—150° bilden.

Mendelsohn empfiehlt, die Betten derart stellen zu lassen, dass das Fussende höher zu stehen kommt als der Kopf. In beiden Empfehlungen kommt der aus den Nieren fliessende Urin im Blasengrund zu stehen und die Berieselung des Sphincter internus wird vermieden.

Meine Beobachtungen erstrecken sich auf drei Kinder im Alter von 9—12 Jahren; sie gehören armen Eltern an, leiden schon lange an Enuresis, sind sonst gesund und haben gesunde Geschwister. Nach mehrwöchentlicher Hochlagerung (nach Stumpf's Anordnung) trat bei allen drei vollkommene Heilung ein. Die Hochlagerung muss die ganze Nacht beibehalten und von den Angehörigen überwacht werden. —

Litteratur.

1. G. Köster. Ueber Aetiologie und Behandlung der Enuresis. Deutsch, med. Wochschr. No. 23 1896.

Digitized by Google

2. Enuresis in children. The Bost. med. and surg. journ. 12. März 1896.
3. H. Mayet. Anatomie et Chirurg. de la vessie chez l'enfant. Thèse 1897.
4. L. Henle. Lehrbuch der Physiologie 1888. Seite 543.
5. Max v. Zeissl. Ueber die entnervte Blase. (Wien. klin. Wochschr. 1896. No 20.)
6. Schatz. Die Druckverhältnisse im Unterleibe des nicht belasteten etc. Menschen. Arch. f. Gynäkol., B. V., S. 222.
7. F. v. Niemeyer. Spec. Path. u. Therap., II. T., Seite 79., 1868.
8. Lebert. Enuresis. Ziemssen Handb. der spec. Path. u. Ther. IX. Bd. Seite 379.
9. Cullère. Behandlung der Enuresis durch Suggestion. La méd. m. 1896. No. 68. Referiert v. Goldberg-Köln.
10. I. Stumpf. Ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der Enuresis noct. Münch. med. Wochschr. 1895. No. 24.
11. M. Mendelsohn. Die nächtliche Enuresis und deren Behandlung. Berl. kl. Wochschr. 1895. No. 49.

Referate.

Tuberkulose im Kindesalter. Von A. Monti. (Wiener Klinik, 1899, 7. und 8. Heft).

In dieser sehr umfassenden Arbeit hat Verf. ein Gesamtbild dieser heutzutage im Mittelpunkt des allgemeinen Interesses stehenden Krankheit, wie sie beim Kinde sich entwickelt und verläuft, gegeben. Es wird zunächst eine kurze Uebersicht über den Erreger, den Tuberkelbacillus, mitgeteilt, aus welcher hervorgeht, dass derselbe im Stande ist, lokal sowohl als auch durch die in seiner Substanz enthaltenen chemischen Stoffe und seine Stoffwechselprodukte toxisch zu wirken. Am häufigsten dringt der T.-B. bei Kindern auf dem Wege der Schleimhäute und Lymphgefässe in die Bronchialdrüsen, Lunge und Pleura, dann in Pericard, Myocard, Leber, Milz, Gehirnhäute und schliesslich Gehirn selbst ein. Bei Kindern unter 5 Jahren kommt besonders häufig Tuberkulose des Darmes, der Mesenterialdrüsen etc. vor. Verf. bespricht dann die versch. Ansichten über foetale Infektion, er leugnet das Vorkommen derselben nicht. Meist aber erfolgt die Infektion erst nach der Geburt. Die Tuberkulose ist im Kindesalter sehr häufig und kommt in allen Altersstufen vor, das Geschlecht ist ohne Einfluss. Diesen Ausführungen folgt eine Schilderung der Miliartuberkulose, der Tub. der Lungen, der Bronchialdrüsen, des Darms und der Mesenterialdrüsen, welche auf patholog. Anatomie, Symptome, verschiedenartiges Auftreten, Verlauf und Diagnose ausführlich eingeht. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Zum Schluss giebt Verf. genaue Anleitungen für Prophylaxe und Therapie. Keine tuberkulöse Mutter darf ihr Kind selbst stillen. Bei Auswahl einer Amme muss mit peinlichster Sorgfalt vorgegangen werden. Die event. künstliche Ernährung soll mit einem dem Alter des Kindes angepasstem Gemenge von Milch und Molke geschehen. Die Impfung soll nur bei besteh. Blattern-

Digitized by Google

gefahr schon im ersten Lebensjahr vorgenommen werden. Schwächliche Kinder halte man bis zu ihrer Kräftigung vom Schulbesuch fern. Bei Verdacht auf Tub. resp. bei beginnender nehme man system. Ernährungskuren mit Kumys, Kefir oder Milch vor und bringe die Kinder in eine gute Luft, welche möglichst sauerstoffreich und keinen besonderen Temperaturschwankungen unterworfen sein soll. Der geeignetste Sommeraufenthalt für Kinder ist das Mittelgebirge. Für den Winter empfiehlt Verf. besonders die Tiroler Luftkurorte.

Was die medikamentöse Therapie betrifft, so erwartet Verf. am meisten Erfolg von der noch auszubauenden Serumtherapie. Die bisher angewendeten Mittel haben nur symptomatische Wirkung und besitzt keines vor dem andern einen Vorzug. Eine eigene besondere Behandlungsmethode giebt Verf. nicht an.

Behrens-Karlsruhe.

Zur Frühdiagnose der Masern. Von Rolly. Münch. med. Wochschr. 1899. No. 38.

R. beobachtete 78 Masernfälle, von denen in 24 die Koplik'schen Flecken vor dem Auftreten des Exanthems nachzuweisen waren, und zwar trat dasselbe $^1/_4$—4 Tage später auf. Die Flecken waren meist an der Schleimhautseite der Wangen gegenüber den Backzähnen am zahlreichsten, an den Lippen nur spärlich, dagegen fanden sich niemals welche an der Zunge, dem weichen oder harten Gaumen etc. Dieselben waren meist kleiner als ein Stecknadelkopf; in den frühesten Stadien waren sie am kleinsten und nahmen dann im Verlaufe an Grösse etwas zu. Sie stellten sich in solchen von Anfang bis zu Ende beobachteten Fällen anfangs als nur wenig erhabene, bläulich-weisse, runde, scharf umgrenzte Pünktchen dar, die mit einem kaum sichtbaren Ring von geröteter Schleimhaut umgeben waren. In den nächsten Tagen wurden dann die Pünktchen etwas grösser, prominierten mehr, der sie umgebende gerötete Schleimhautring wurde deutlicher und breiter, der Aussenrand desselben wurde unregelmässig. Die Flecken verschwanden, ohne Laesionen der Schleimhaut zu hinterlassen. Sie confluierten niemals. Die Zahl der Flecken schwankt in weiten Grenzen. R. schliesst sich den Ausführungen Slawyk's an, der 6—20 und mehr auf der Wangenschleimhaut zählte.

Ueberhaupt nicht beobachtet wurden die Flecken in 11 Masernfällen; bei einigen dieser Fälle war die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass, als die betr. Patienten in Behandlung kamen, die Flecken schon verschwunden waren.

Alle anderweitig untersuchten Patienten, die an Scarlatina, Schweissexanthemen, an fieberhafter Bronchitis, Pneumonie, Angina, Influenza, Diphtherie, Stomatitis aphthosa etc. litten, zeigten keine Koplik'schen Flecken. Dieselben sind also nicht nur für die Frühdiagnose von grosser Bedeutung, sondern auch in differentialdiagnostischer Beziehung ein sicheres Hilfsmittel. Schnell-Egeln.

Die Behandlung der genuinen Ozaena mittels der permanenten Tamponade. Von Bruck. (Allgem. med. Central-Zeitung. 1899. No. 74.)

Digitized by Google

Die permanente Tamponade ist continuierlich, ohne Unterbrechung anwendbar und dadurch allein fähig, jedwede Borkenbildung und damit den spezifischen Fötor dauernd zu beseitigen. Nachdem zunächst bei Beginn der Behandlung ohne Nasendouche nur mittels der Gottstein'schen Tamponade die festhaftenden Krusten von ihrer Unterlage losgelöst und durch nachfolgendes Ausschnauben ohne Mühe entfernt sind, wird zu gleicher Zeit in jede erkrankte Nasenseite ein den individuellen Verhältnissen angepasster Streifen von hydrophilem Mull eingeschoben und damit die kranke Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung so locker bedeckt, dass eine vollkommen ausreichende Nasenatmung beiderseits stattfinden kann. Ein solcher Mullstreifen kann auch vorübergehend, aber immer nur auf einer Nasenseite, zwecks energischerer Wirkung durch den Gottsein'schen Wattetampon ersetzt werden.

Sobald ein Mullstreifen von eitrigem Schleim vollständig durchtränkt ist, muss er sofort durch den einfachen Schnaufakt entfernt werden. Nachdem dann noch durch abermaliges Schnaufen die Nasenhöhle von den zurückgebliebenen Sekreten befreit ist, wird unmittelbar darauf ein neuer Streifen eingeführt.

Die genannte Methode wird mit Vorteil auch angewendet bei der fötiden atrophischen Rhinitis, namentlich wenn dieselbe mit abnormer Weite des Nasenlumens einhergeht. Die ausschliessliche Beseitigung des Fötors nach geschehener Sekreteintrocknung, zu welchem Zwecke Hamm neuerdings die Citronensäure empfohlen hat, ist zu verwerfen.

Schnell-Egeln.

Ueber diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. Von Biedert. Sep.-Abdr. a. d. Archiv f. Kinderheilkunde. XXVII. Band. Stuttgart, Ferd. Enke, 1899. Preis 2 Mark 60 Pf.

Im ersten Teil der Arbeit werden die Verdauung und die Entleerungen des Kindes sowohl bei Mutter-, als auch bei Kuh-Milchnahrung behandelt. Die Muttermilchstühle sind breiig, sauer und können unbeschadet des Wohlbefindens der Kinder viel Fett enthalten. Alkalische Reaktion mit gleichmässiger, weich-derber Beschaffenheit gehört den normalen, schwach stinkenden Stuhlgängen bei Kuhmilchernährung an. Saure Reaktion bei Kuhmilchstühlen deutet auf mangelhafte Resorption irgend eines Bestandteiles, meistens des Fettes, aber auch des Zuckers, der Stärke. Als Folge von Eiweisszersetzung treten alkalische, reiche, dünne, bröckelige, stark stinkende und eitrige Kuhmilchstühle auf, zuweilen auch wässrige. So schwankt die Kuhmilchernährung auf einem ziemlich scharfen Grad zwischen saurer Dyspepsie bezw. Fettdiarrhoë und einer die erlaubte Grenze überschreitenden alkalischen Zersetzung einher.

In demselben Abschnitt wird dann noch die Untersuchung der Stühle in der für den Praktiker notwendigen Beschränkung abgehandelt. „Die tägliche Kontrolle des Stuhlgangs in Verbindung mit genauem Bericht über Zahl der Stühle, Nahrung und Gewicht des Kindes ist viel wichtiger, als das tägliche Betrachten des Kindes.

Digitized by Google

Und doch thun viele Aerzte noch das letzte mit Andacht, das erste gar nicht."

In „die Entstehung und die Arten der Verdauungsstörungen des Kindes" beharrt Verf. auf seinen von Anbeginn eingenommenen Standpunkte, dass die infolge der Schwerverdaulichkeit des Kuhcaseïns entstehenden Reste unresorbierter Eiweissmassen den Herd schädlicher Zersetzung und den Nährboden für Wucherung der Pilze liefern und dass dem gegenüber andere Schädlichkeiten nur eine minderwertige und zufällige Rolle spielen.

Unter Berücksichtigung der zur Ernährung notwendigen Calorien werden in „Die Nahrung des kranken Kindes" die mannigfaltigen Präparationsmethoden und Präparate besprochen und am Schluss die vom Verf. auch schon anderwärts erhobene Forderung der Herstellung einer keimfreien roh en Milch und von Versuchsanstalten für wissenschaftliche Ernährung berührt.

Den grössten Raum nimmt der Bestimmung des Buches gemäss „Das praktische Vorgehen beim kranken Kind" ein. Das durchgehende Prinzip bei der Behandlung war, auf Medikamente immer mehr zu verzichten, aber die Kinder auf das Mindestmass von Nahrung und einzelnen Nährstoffen zu beschränken, das noch vertragen wurde. Auch vom Calomel hält Verf. nicht viel. — So richtig und so wünschenswert es ist, dass das Drauflos-Medizinieren bei den Kindern eingeschränkt werde, wo es noch besteht, ebenso sehr muss man sich vor dem anderen Extrem hüten. Dies gilt besonders für die Praxis; ich glaube nicht, dass man hier ohne Calomel auskommen wird, wenn man nicht über einen grossen Ueberfluss an Zeit verfügen kann. —

Die Behandlung in einfachen Fällen hat, wie schon angedeutet, mit Reduzierung der Nahrung auf das erträgliche Mass zu beginnen. In schwereren Fällen Entleerung des Magens durch Ausspülung und Reduzierung der Nahrung event. Wasserdiät. Darauf hat sich die Ernährung den Verdauungsverhältnissen des Kindes anzupassen. Gegenüber dem Gewicht, den Leistungen der Verdauung, den Stühlen sind die Menge der Nahrung, die Verdünnung der Milch, die Zugabe von Zucker, Fett, von präparierten Kohlehydraten zu regeln, wo es darüber hinaus vielleicht noch nötig erscheint, Zugabe besonders verarbeiteter Eiweissstoffe zu versuchen, zu rechter Zeit Brei mit zu benutzen.

Eine grosse Anzahl von Tabellen und Krankengeschichten erläutert das Besagte.

Köppen-Norden.

Periodisches Erbrechen bei Kindern. Von Whitney. (Arch. d. méd. des enfants Nr. 6, 1899. — Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 5, 1899).

Das Erbrechen bei ganz kleinen Kindern ist eine banale Erscheinung, die nur im Zusammenhange mit anderen Symptomen Bedeutung hat. Im späteren Kindesalter ist der Wert des Erbrechens ein grosser. Abgesehen von dem Erbrechen, welches den plötzlichen Ausbruch einer schweren Erkrankung ankündet, und den verschiedenen Arten des toxischen Erbrechens giebt es ein ziemlich dunkles und

Digitized by Google

sehr wenig bekanntes Krankheitsbild, welches sich durch mehr oder weniger periodische Anfälle von Erbrechen ohne jedes andere klinische Symptom äussert. Das plötzliche Auftreten des Erbrechens, seine Wiederholung, die ralativ lange Dauer (1, 2, 3 Tage), ferner die cyklische Entwicklung stempeln dieses Symptom zu einem Krankheitszustande, den Leyden vor 17 Jahren als periodisches Erbrechen bezeichnet hat und den W. als cycling vomiting bezeichnet. Er berichtet über einen 8½jährigen Knaben, der nach fieberhaften Prodromalerscheinungen Erbrechen bekam, welches etwa 12 Stunden anhielt, obgleich das Kind Tags zuvor nichts zu sich genommen hatte. Das Kind erbrach schleimig-wässerige, von Blutstreifen durchzogene Massen, hatte weder Kopf- noch Bauchschmerzen. Nach zwei Tagen besserte sich der Zustand ohne jede Behandlung. Dieser kurze Anfall hätte an sich kein besonderes Interesse, wenn nicht schon in den letzten zwei Jahren fünf ähnliche Anfälle vorangegangen wären. Im allgemeinen wiederholten sich diese Anfälle etwa alle drei Monate, obgleich die Diät des Kindes ausserordentlich sorgfältig überwacht wurde. Der erste Anfall hielt fünf Tage an, das Erbrechen war unstillbar und verursachte einen Collaps und starke Abmagerung. Ein zweiter Fall betraf ein 11jähriges, schwaches, sehr blasses Kind von gichtischen Eltern, welches schon vom ersten Lebensjahre an alle 5 bis 6 Monate Anfälle von galligem Erbrechen bekam. Später häuften sich die Anfälle so, dass sie alle 4—6 Wochen auftraten. Im letzten Jahre sind die Anfälle sehr hastig und dauern 48 Stunden, werden von Fieber und Kopfschmerzen begleitet. Das Kind hat eine grosse und schmerzhafte Leber. W. hält den Zustand für eine Magenneurose, und in der That ist keinerlei Art anatomischer Veränderung des Magens vorhanden. Gegen eine besondere Gastritis spricht das intermittierende Auftreten, die kurze Dauer und das Fehlen von Schmerzen. Von einer Verdauungsstörung kann keine Rede sein, da das Erbrechen auch bei leerem Magen auftritt. Eine gewöhnliche Aehnlichkeit zeigt diese Erkrankung mit der Migräne. Die gemeinschaftlichen Züge sind der intermittierende Charakter und die Intoleranz des Magens. In manchen Fällen alternierten sogar die Anfälle von Migräne und cyklischem Erbrechen. Das Krankheitsbild ist fast immer dasselbe. Nach einem 12- bis 24stündigem Prodromalstadium bestehender Müdigkeit, trockener Zunge, Appetitlosigkeit tritt plötzlich schweres, zuweilen unstillbares Erbrechen auf, welches spontan bei Zufuhr der geringsten Menge von Flüssigkeit auftritt. Anfangs wird die Nahrung erbrochen, dann aber eine sehr saure, blutig gestreifte Flüssigkeit. Die Temperatur steigt zuweilen um 2—3 ^{0} und bleibt bis zum Ende des Anfalles erhöht. Das Allgemeinbefinden ist mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen, der Bauch ist immer eingezogen. Sowie das Erbrechen aufhört, stellt sich der Appetit wieder ein und die Verdauung nimmt ihren normalen Verlauf. Dies der typische Anfall. Es giebt aber auch Varianten. Bei manchen Kindern beginnt der Anfall mit Convulsionen, in manchen Fällen ist auch Dyspnoe vorhanden, die an das Bild des dyspeptischen Asthmas erinnert. Die Aetiologie dieses Zustandes ist ziemlich dunkel. Nach manchen Autoren handelt es sich um einen toxischen, nach

Digitized by Google

anderen arthritischen Ursprung. Die Behandlung besteht namentlich in sorgfältiger Diät in den anfallsfreien Zeiten. Von Medicamenten ist wenig zu erwarten, in schweren Fällen muss man jedoch zu Morphium-Injektionen, eventuell zu subcutanen Kochsalzinfusionen schreiten. Um das Wiederauftreten des Anfalles zu vermeiden, empfiehlt es sich, reflektorische Reizungen, geistige Ueberanstrengungen zu vermeiden. Die Diät ist eine einfache, nicht reizende, wenig Fleisch, Amylacea, Milch und Eier, alkalische Wässer.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Milchdiät. Von Höfler. (Arch. für Kinderheilk., 27. Bd., 5. und 6. Heft.)

Auf Grund 25jähriger Erfahrungen an dem Badeorte Krankenheil-Tölz fügt H. zu den ohnehin bekannten Anzeigen des Milchdiät noch die Notwendigkeit einer Jod- oder Quecksilbercur hinzu. Gelingt es, neben einer solchen noch eine reichliche Zufuhr von Kuhmilch einzulegen, so sind die Erfolge derselben viel anhaltender.

Die Durchführung einer mit reichem Milchgenusse verbundenen gemischten Kost macht bei einem Kinde, welches an Milchgenuss gewöhnt ist, keine besonderen Schwierigkeiten, wohl aber bei dem mit Kaffee, Chokolade, Bier, Wein etc. verzogenen älteren Kinde. Hier entspringt der Widerwille gegen Milch immer aus dem Umstande, dass sie nicht verdaut wird. Man muss sie verdaubar machen, dadurch, dass man alles vermeidet, was den Magen reizt. Man vermeide absolut den Genuss von Bier, Wein, Obst (auch Compot, Obstkuchen) und essigsauren Salaten. Abends vermeide man namentlich Rührei, Kartoffelsalat, fette Mehlspeisen etc. Man vermeide bei der Morgenmilch, die nüchtern genossen wird, jeden den natürlichen Milchgeschmack deckenden Zusatz, auch nur geringster Mengen von Kaffee, Thee oder Chokolade. Man vermeide das kalte Abendessen. Man trinke die Milch niemals kalt. Man geniesse sie für sich, nie als durststillendes Getränk nach fettreichen oder sonst reizenden Mahlzeiten. Man trinke sie zu ganz bestimmten Tageszeiten, am besten nüchtern, und dann 3—4 Stunden nach dem Mittagessen bezw. 2 Stunden nach dem Abendessen. Manchmal empfiehlt es sich, die Milch zu salzen, wenn eine Atonie der Magenschleimhaut besteht. Cognaczusatz vermeide man ganz bei Kindern. Man steige allmählich mit der Milchmenge. Die anfangs sich einstellende Neigung zu Kotverhärtung behandle man nie mit Abführmitteln. Wenn Kochsalz-Zusatz nicht genügt, gebe man einen Einlauf. Bei schmerzhafter Kolik mit Diarrhoe muss auf 2—3 Tage mit jeder Milchzufuhr sistiert werden.

Bei besonders hartnäckigem Widerwillen versuche man 1 Tasse warme Milch nüchtern 1—2 Stunden vor dem Aufstehen; darauf Milch und Thee als eigentliches Frühstück, um bald zur reinen, d. h. nicht gemischten, stets warmen Milch als Frühstück überzugehen.

Schnell-Egeln.

Zur Kenntnis der Zuckerkrankheit im Kindesalter. Von Bogoras. (Archiv f. Kinderheilkunde 26. Bd. III. u. IV. Heft.)

Digitized by Google

B. stellt eine Reihe von Fällen von Diabetes mellitus im Kindesalter aus der neueren Litteratur zusammen und schliesst daran 30 bisher noch nicht publicirte Fälle aus den Berliner Krankenhäusern an.

Was versteht man unter Diabetes mellitus im Kindesalter? Der Nachweis geringer Zuckermengen im Urin der Kinder genügt noch nicht, um diese Krankheit festzustellen, da im Kindesalter kleinere oder grössere Zuckermengen im Urin vorkommen können, ohne dass ihnen die Bedeutung eines Diabetes mellitus zuerkannt werden darf. Der ganze Symptomencomplexmuss bei der Beurteilung dieser Krankheit in Betracht gezogen werden. Es scheint sich auch nicht um eine einheitliche Krankheit zu handeln, zumal da .in der neueren Zeit experimentell festgestellt ist, dass die Leber, das Pankreas, einige Teile des centralen wie peripherischen Nervensytems und die Nieren eine wichtige Rolle in der Zuckerfürsorge des Gewebes im menschlichen Organismus spielen.

Der Diabetes kommt im Kindesalter nicht sehr häufig vor, mit dem Alter nimmt er stetig zu. Das weibliche Geschlecht ist etwas stärker vertreten als das männliche. Als veranlassendes Moment steht die Heredität obenan. Nicht selten wird ein Trauma angeschuldigt. Auch die Infectionskrankheiten, wie Morbilli, Intermitten, Diphtherie, Typhus, Influenza etc. werden erwähnt. Von übrigen Krankheiten werden Magencatarrh, Morbus maculosus und andere zufällige Krankheiten erwähnt. Von Baginsky wird noch besonders die Syphilis her. hervorgehoben. Ausserdem werden von den verschiedenen Autoren noch unpassende Diät, Erkältung, Kummer, Erregung, Durchnässung etc. als veranlassende Momente angegeben.

Der klinische Verlauf der Krankheit zeigt ein gut ausgeprägtes, constantes Bild. Man hat gewöhnlich zwei Stadien: das der Latenz und das acute oder Endstadium. Im ersten Stadium haben die Kinder gewöhnlich keine Klagen; die Diurese ist vielleicht etwas gesteigert, ein etwas vermehrtes Durstgefühl wird nicht beachtet, nur die stetige, wenn auch sehr allmählige Abmagerung bei gewöhnlich sehr gutem Appetit und guter Verdauung lassen daran denken, dass der Organismus unter der Krankheit zu leiden hat. Kommt das Kind in diesem Stadium zur Behandlung, so kann der Zuckergehalt vermindert werden oder gänzlich für einige Zeit verschwinden. Manchmal ohne jede erklärliche Ursache, manchmal unter dem Einfluss eines Traumas oder einer ganz leichten intercurrenten Erkrankung entwickelt sich plötzlich oder allmählich das Endstadium. Das Kind ist abgemagert, die Haut auffallend trocken und spröde, etwas abschuppend. Die Temperatur der Haut ist subnormal, es besteht Jucken; Erytheme, Eczeme, Furunkel sind oft vorhanden. Drüsenschwellungen und leichte Oedeme kommen häufig vor. Aus dem Munde ist ein deutlicher Obstgeruch wahrzunehmen. Der Puls ist beschleunigt. Die Lebergegend ist sehr empfindlich und die Leber selbst etwas vergrössert. Der Speichel reagiert meistens sauer, es besteht Stuhlverstopfung oder manchmal auch Diarrhoe. Ferner besteht Erbrechen, Enuresis nocturna et diurna, manchmal bei den Mädchen Scheidenausfluss. Sehr oft klagen die Kinder über Leibschmerzen, auch Wadenkrämpfe treten oft ein. Ein quälendes Durstgefühl stört den Schlaf, sehr oft auch ein gesteigertes Hungergefühl.

Digitized by Google

Die Urinmenge ist auffallend vermehrt, die Zuckerausscheidung geht der Urinmenge meistens parallel. Der Urin ist meist eiweissfrei, enthält aber reichlich Aceton und Acetessigsäure. Manchmal ist auch die Diazoreaction gut ausgesprochen. Die Kinder sind verstimmt, launisch, verdriesslich. Nach Wochen oder vielleicht Monaten schliesst das Leiden gewöhnlich unter dem Bilde des Coma.

Die Complicationen spielen bei dem jugendlichen Diabetes keine Rolle. Ab und zu wird Tuberculose, sowie Pneumonie verzeichnet. Die Prognose der Krankheit ist als durchaus schlecht zu bezeichnen. Der Schwere der Erkrankung entsprechende Veränderungen werden bei der Section nicht gefunden. Der Leichenbefund ist fast immer negativ, die Leber kann etwas vergrössert sein, zeigt aber keine mikroskopischen Veränderungen, ebenso wenig die Milz und das Pankreas. Ein häufiger Befund ist die Glykogendegeneration des Nierenepithels, was wohl auch als eine secundäre Veränderung angesehen werden darf.

Was den Stoffwechsel des diabetischen Kindes anbetrifft, so ergiebt sich zunächst, dass die Zuckerauscheidung bei Kohlehydrat-freier und reicher Kost von der Eiweiss- resp. Stickstoffeinnahme ganz unabhängig ist. Weiter ergiebt sich, dass bei der kohlehydratfreien Kost die Zuckerausscheidung fortbesteht, dabei aber weit an Menge die Kohlehydrate der Nahrung übertrifft. Daraus folgt, dass bei der Darreichung der Kohlehydrate nur ein Teil des ausgeschiedenen Zuckers aus den Kohlehydraten der Nahrung stammt. Der andere Teil muss eine andere Quelle haben. Diese ist dann das Fett, erst in letzter Linie wird das Eiweiss zu der Zuckerbildung zugezogen.

Schnell-Egeln.

Die Eisensomatose nebst einigen Bemerkungen über sog. Anämia infantum pseudoleukcämica. Von Stanisl. Klein (Therap. Monatsh. 10/99.)

Verfasser, Primararzt am Krankenhause in Warschau, hat die Eisensomatose in einigen 30 Fällen von verschiedenen Leiden angewandt; zunächst bei Magenkranken, in Fällen von nervöser Dyspepsie, von Hyperacidität und Gastrosucorrhoe, sowie in einem Falle von Ulcus ventriculi. Alle diese Kranken vertrugen das Mittel ausgezeichnet und auch der allgemeine Zustand besserte sich. Desgleichen bildete in mehreren Fällen von Darmkatarrh Eisensomatose eine gute Ergänzung der Diät und leistete treffliche Dienste.

Am besten war jedoch die Wirkung der Eisensomatose in Fällen von Blutarmut. Hier stieg z. B. der Hämoglobingehalt von 38 % nach zweiwöchentlichem Gebrauch von Eisensomatose auf 60 % und nach weiteren 4 Wochen auf 96 %; in einem anderen Falle von 45 % nach Verlauf von 5 Wochen auf nahezu 100 %.

Vorzüglich waren insbesondere die Resultate bei Anaemia infantum pseudoleucaemica, deren Krankheitsbild Verf. ausführlich schildert. In 23 zur Beobachtung gelangten Fällen war meist nach 1—2 Monaten Besserung und sogar vollständige Genesung zu constatieren und der endgiltige Erfolg nur der Eisensomatose zuzuschreiben, infolge der günstigen Vereinigung beider Einflüsse des

Digitized by Google

Eisens auf die Blutzusammensetzung und der Somatose auf die Ernährung.

Ueber Radikaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen. Von Alex. Fränkel. (Centralblatt f. Chirg. 1899, Nr. 47.)

Da ein mit einem Leistenbruch behaftetes Kind stets ein Gegenstand der Sorge ist und infolgedessen vor allen sonst gesunden Bewegungen wie Schwimmen, Turnen etc. behütet werden muss, auch wenn ein noch so gutes Bruchband getragen wird, hält Verf. die Radikaloperation der freien Hernien bei dem heutigen Stande der Technik auch für das zarteste Alter als einzig richtige Methode. Es ist zu bedenken, dass auch bei spontaner Heilung immer die Disposition bleibt. Die Bruchbandbehandlung bei Säuglingen ist stets eine Quelle vieler und unangenehmer Begleiterscheinungen wie Irritation der Haut etc. Ferner ist zu beachten, dass vorhandene Hernien den meist dabei bestehenden Darmkatarrh nicht zu definitiver Heilung kommen lassen durch Störungen der Bewegung und Blutcirculation des Darms. Die Operation darf aber nicht vorher gemacht werden, ehe der Darmkatarrh nicht wesentlich gebessert ist. Die definitive Heilung bringt die Operation selbst. Verf. hält sich streng an die Methode von Bassini. Er verfügt über ein Material von 16 Fällen im Säuglingsalter; das jüngste Kind war 2 Monate alt. 4 mal handelte es sich um incarcerirte, 12 mal um freie Hernien. Die Heilung dauerte durchschnittlich 8—10 Tage. Meist war nur ein Verband nötig. Dieser wird so angelegt, dass er die untere Körperhälfte immobilisiert, und durch wasserdichte Stoffe rings um After und Penis vor Verunreinigung schützt. Was den Zeitpunkt anbetrifft, so rät Verf., so früh wie möglich zu operieren, also im Verlauf des ersten Lebensjahres, da die Frühoperation die beste Gewähr für dauernde Heilung bietet.

Behrens-Karlsruhe.

Heilserum und Tracheotomie. Von W. Mayer. (Münchener Mediz. Wochenschrift, 1899, 47.)

M. bestätigt die vielseitige Erfahrung, dass seit der Heilserumeinführung eine weit grössere Zahl von Kindern ohne Operation und nach derselben am Leben bleibt, viel öfter eine rechtzeitige ausgiebige Abstossung von Häuten stattfindet. Mit der Intubation hat sich Verf. nicht recht befreunden können. 6 Fälle erschwerter oder vereitelter Entfernung der Kanüle nach Tracheotomie und teilweise plötzlicher Erstickung geben ihm endlich noch zu besonderer Berücksichtigung Anlass. Diphtheritische Lähmungen reichen zur Erklärung dieser Fälle nicht aus, Granulationen waren nicht vorhanden, die Ursache liegt in einer chronischen fibrösen Entzündung, Bildung reichlichen Narbengewebes, Zerstörung der Muskeln und demzufolge akut möglicherweise noch gesteigerten Glottisschlusses. Mit dem Heilserum sind die Fälle insofern in Zusammenhang zu bringen, als ihre Häufung durch die öftere Ausheilung croupöser Prozesse bedingt wird.

Spiegelberg-München.

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Ueber die Häufigkeit der pathogenen Microorganismen in der Luft. Von Frl. Dr. E. Concornotti. (C. f. Bact., Parask. u. Inf. Band XXVI. No. 16/17.)

Von den Autoren ist bisher fast nur auf Anzahl und Art von Microorganismen in der Luft geachtet worden, weniger auf das Vorkommen pathogener Keime. Um diese zu entdecken, wandte Verfasserin folg. Methode an. Sie setzte mit Glycerinagar beschickte Petri-Schalen verschieden lange Zeit und an verschiedensten Orten (Privaträume, Hospitäler, Schulen, Gefängnisse, Restaurationen, Herbergen, in der freien Luft der Stadt und ausserhalb dieser etc.) der Luft aus und brachte diese dann für 24 St. in den Brutschrank. Es wurde darauf durch Hinzufügen von etwas sterilisiertem Wasser in die Schalen eine Emulsion hergestellt und von dieser einige Tropfen in die Halsvene eines Kaninchens injiciert, um event. abgeschwächte pathog. Keime sicherer zu finden; denn bei subcutaner oder intraperitonealer Injection blieben die Tiere am Leben. Es zeigte sich nun, dass sich aus der Leber und dem Herzblut der auch in relativ kürzester Zeit gestorbenen Tiere nur pathogene, nicht aber auch die auf der Platte zur Entwickelung gekommenen anderen Keime züchten liessen. Auf die interessanten Einzelheiten der sehr lesenswerten, weil wichtige Thatsachen bringenden Arbeit kann hier nicht näher eingegangen werden. Der Häufigkeit nach geordnet fanden sich Staphyloc. pyog. aur., St. pyog. alb., Bact. coli, Diplococcus der Pneumonie. Am häufigsten kommen die pathog. Keime in schmutzigen Umgebungen, seien es private oder öffentliche, vor.

Behrens-Karlsruhe.

Rezensionen.

Praktische Ohrenheilkunde. Von Dr. A. Eitelberg. Mit 57 Abbildungen. Wien, Alfred Hölder, 1899. Preis 10 Mark.

Obgleich eine grosse Anzahl guter Lehr- und Handbücher der Ohrenheilkunde existieren — wir erinnern an die trefflichen Werke von Schwartze, Politzer, Kirchner, Hartmann etc. —, so hat sich Verf., dem eine reiche Erfahrung zur Seite steht, dennoch entschlossen, ein neues derartiges Werk herauszugeben, „um den praktischen Arzt an der Hand zu nehmen und ihn an Klippen und Riffen der otiatrischen Praxis vorbeizuführen.“ Dabei hat Verf. sich bestrebt, die Ohrenheilkunde überall vom rein menschlichen Standpunkte aus darzustellen und ist derselbe daher öfters etwas subjektiv in der Darstellung geworden. Wir glauben aber nicht, dass dies dem Werke zum Schaden gereicht, im Gegenteil ist dadurch die Vorstellungsweise eine um so interessantere geworden und meidet Verf. den trocknen Ton, der sich so oft in deutschen wissenschaftlichen Werk vorfindet. Das Buch ist so recht für die praktischen Aerzte geschrieben und kann denselben daher auf's Angelegentlichste empfohlen werden. S.

Digitized by Google

Nervenleiden und Nervenerscheinungen, ihre Behandlung und Heilung durch Handgriffe. Von Dr. Otto Nägeli. Mit 22 Abbildungen. 2. Aufl. Jena, Gust. Fischer, 1899. Preis 2 Mark 40 Pf.

Verf. ist der Entdecker einer neuen Methode zur Behandlung von Nervenleiden und Nervenschmerzen, der sog. Handgriffbehandlung. In vorliegenden, für Arzt und Laien geschriebenen Werkchen schildert er seine Methode für die verschiedenen Krankheiten auf's Eingehendste, unter Anführung einer Reihe von Krankengeschichten. S.

Hilfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte. Von Dr. Gg. Herzfeld. 2. Aufl. Leipzig, Arwed Strauch. Preis 80 Pfg.

Der Zweck des Büchleins ist, den Vertrauensärzten ein handlicher Leitfaden und praktischer Leiter bei den Lebensversicherungsuntersuchungen zu sein. Verf. hat durch knappe klare Darstellungsweise seinen Zweck sehr gut erreicht. S.

Kleine Mitteilungen.

In Folge vielfach bestehender Unklarheiten macht die chem. Fabrik E. Merck in Darmstadt durch ein Zirkular darauf aufmerksam, dass die in Deutschland nach Behring hergestellten Diphtherie-Heilsera gleichwertig sind, sobald sie staatlich geprüft sind. Die einzige in Deutschland bestehende staatliche Prüfungsstelle ist zur Zeit das kgl. pr. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a/M. unter der Direktion von Prof. Dr. Ehrlich. Diphtherie-Heilserum „Merck" ist in 2 Concentrationen im Handel, und zwar: 1) 250-fach normal unter der Bezeichnung D; dieses enthält 1000 I. E. in 4 ccm Flüssigkeit, 2) 500-fach normal (hochwertig) unter der Bezeichnung F; dieses enthält 1000 I. E. bereits in 2 ccm Flüssigkeit.

Die Firma Linkenheil & Co. in Berlin, welche die Tabloid-Medikamente der Firma Burroughs Wellcome & Co. in London für Deutschland verschleisst, versendet Wellcomes medizinisches Notizbuch 1899/1900. Aus demselben geht die ausserordentliche Bedeutung, welche man jetzt in der Medizin, Chemie, Photographie den W.'schen Tabloid-Medikamenten beilegt, hervor. Nach zahlreichen Urteilen hervorragender medizinischer Autoritäten verdient diese originelle Form der verschiedensten Medikamente in hohem Masse das Vertrauen der Aerzte durch die Reinheit, Güte und Zuverlässigkeit der verwendeten Arzneistoffe, durch die peinlich genaue Dosierung, sowie dadurch, dass jene in der wirksamsten, angenehmsten und praktischsten Form dargestellt sind.

Verlag von Bruno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorargender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandluug jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **März 1900.** **Heft 3.**

Inhalt: Originalien: **Köppen,** Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter 49. — **Schmey,** Ein interessanter Fall von fötaler Rhachitis 53. — Referate: **Kojukoff,** Varicellen 56. — **Hoppe,** Mumps 57. — **Rumpf,** Nervöse und funktionelle Herz- und Gefässstörungen 58. — **Ballantyne,** Antenatale Therapie 59. — **Comby,** Abführmittel bei Kindern 59. — **Guttmann,** Sublimatlösungen 61. — **Hoffa,** Klumpfuss 61. — **Preisich,** Occipitalmeningocele 62. — **Baron,** Paediatrisches aus der Festschrift des Stadtkrankenhauses zu Dresden 63. — Gesundheitspflege: **Baur,** Köperliche und geistige Früh- und Spätentwicklung 67. — Rezensionen: **Brandt,** Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase, Heft 1 68. — **Carossa,** Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Tuberkulose 69. — **Fischer,** Das 1. Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen 70. — **Rothe,** Erstrebtes und Erlebtes, 2. Teil 70. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft 70. — Kleine Mitteilungen 72.

Ueber Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter.

Von **A. Köppen,** Arzt in Norden.

Der natürliche Stuhl des Muttermilch-Kindes ist breiig, derjenige des Kuhmilch-Kindes geformt, wurstförmig; ein Festigkeitsgrad, welcher hierüber hinausgeht, ist unnatürlich. Dabei kann lange des Kindes Allgemeinbefinden zufriedenstellend, das Gedeihen ungestört sein.

Wie ich bereits an anderer Stelle *) ausgeführt habe, ist der harte Stuhl den Müttern nicht grade unwillkommen, da ihnen das Gefährliche des Gegenteils bekannt ist. Erst dann, wenn der harte Stuhl das Befinden des Kindes beeinträchtigt, wird der Arzt um Rat gefragt.

Wenngleich ein anhaltend zu harter Stuhl bei Kuhmilch-Kindern leichter als bei Muttermilch-Kindern erscheint, so kommt er doch auch bei diesen vor.

Ist nun im Fall von Verstopfung bei künstlicher Ernährung die Nachforschung nach der Ernährungsweise eher berechtigt und angezeigt, so sei man doch auch hier und bei natürlicher Ernährung ganz besonders nicht gleich damit bei der Hand, die Ursache in Schwerverdaulichkeit der Milch zu vermuten. Bevor man die Nahrung

*) Zur Möller-Barlow'schen Krankheit. Jahrb. f. Kinderheilkunde 1897 XLIV. 3/4.

Digitized by Google

wechselt bezw. ehe man sich der Mühe einer Analyse unterzieht, vergewissere man sich, dass der Grund nicht ganz anderswo liegt.

Dass auch bei Muttermilch-Nahrung ab und zu eine Verstopfung auftritt, ist nicht so verwunderlich: Die Milch der Mutterbrust fliesst nicht immer gleichmässig. Die Unterschiede können sowohl die einzelnen Bestandteile betreffen, als auch die Gesamtheit dieser im Vergleich zu dem Wassergehalt, als auch kann die Menge unbeschadet ihrer Zusammensetzung an dem einen Tage eine grössere oder geringere als am anderen sein.

Auch die Stillung an der Mutterbrust pflegt gewöhnlich eine willkürliche zu sein. Nicht zu bestimmter Zeit und in bestimmter Menge erhält das Kind seine Nahrung, sondern wenn es schreit, wird es angelegt, einerlei ob es der Nahrung bedarf oder nicht, und es bleibt angelegt, bis es von selbst mit dem Trinken aufhört.

So bekommt das Kind in den meisten Fällen die Nahrung nach Zeit, Menge und Zusammensetzung ungleichmässig.

Oft auch glaubt die nachgiebige oder besorgte Mutter die Zufriedenheit oder das Gedeihen des Kindes durch Zukost erreichen und befördern zu müssen. Dann sind geradezu Missgriffe an der Tagesordnung.

In vielen Fällen erbrechen die Kinder das Zuviel bald nach der Aufnahme (Speikinder), und damit ist der Ausgleich hergestellt; für weitere Fälle, wo dies nicht geschieht, besitzt der kindliche Organismus eine so grosse Anpassungsfähigkeit seines Stoffwechsels, dass nur selten üble Folgen entstehen, wo sie versagt, antwortet der Körper mit Durchfall oder Verstopfung.

Die berührten Unregelmässigkeiten in der Ernährung treffen auch bei künstlicher Ernährung zu; nur tritt die Verstopfung in den dahin neigenden Fällen leichter ein, da schon der natürliche Kuhmilchstuhl sich der Verstopfung nähert.

Bereits durch die erste Verstopfung und durch eine Wiederholung erst recht kann ein Einriss am After zustande kommen und damit Anlass zu einer verderblichen Wechselwirkung gegeben sein.

Diese Einrisse sitzen an der Stelle, wo die noch mit Pflasterepithel bedeckte Mastdarmschleimhaut in die äussere Haut übergeht; sie können aber auch nach aussen und innen den Afterring weit überragen. Da der After bei einigermassen gut genährten Kindern versteckt liegt, so muss man denselben durch Auseinanderdrängen der Hinterbacken und Anspannen der Haut den Augen zugänglich machen. Dass es bei Kindern so leicht zu Einrissen kommt, liegt an der Dünnheit der Mastdarmwandungen. Aus demselben Grunde findet man die Einrisse häufiger bei Mädchen als bei Knaben, da bei ersteren die in Betracht kommenden Teile, wie überhaupt die Haut, zarter sind.

Nun unterscheidet sich der Mastdarm des Kindes wesentlich von dem des Erwachsenen*) durch seinen graderen Verlauf und durch das Fehlen der Ampulle. Während beim Erwachsenen die Ampulle (pars pelvina) als Kothblase dient, das Endteil des Mastdarms (pars peri-

*) Vgl. Joessel-Waldeyer. Lehrbuch der topographisch-chirurgischen Anatomie. II. 3. 1899.

Digitized by Google

nealis) als Ausführungsrohr, fällt dieser Unterschied im Säuglingsalter fort. Deshalb findet man hier den Stuhl nicht wie stets beim Erwachsenen einige Centimeter oberhalb des Afters, sondern gleich hinter diesem angesammelt.

Der infolge der schon bei geringer Ausdehnung und Tiefe äusserst schmerzhaften Einrisse überempfindliche After antwortet auf den durch den Koth ausgeübten Reiz durch krampfhafte Zusammenziehung; er arbeitet, um eine Zerrung durch den vorbeigehenden Koth zu vermeiden, einer Entleerung entgegen und bewirkt damit Verlängerung der Verstopfung mit stärkerer Eindickung und vermehrter Ansammlung des Kothes. Das erklärt, dass die Kinder nicht nur bei und nach der endlichen Entleerung, sondern auch bereits lange vorher oft die fürchterlichsten Schmerzen erkennen lassen. Schliesslich reissen die ungewöhnlich grossen und festen Kothmassen bei ihrem Durchtritt die Risse noch weiter auf und damit ist der verhängnisvolle Kreis geschlossen.

Die Erkennung des Leidens ist nach dem Gesagten leicht, und doch wird in zahlreichen Fällen eine „habituelle Stuhlverstopfung“ angenommen. Gewiss! Ursprünglich ist einmal Verstopfung vorhanden gewesen, aber nicht habituell oder chronisch, sondern akut infolge eines Diätfehlers oder auch, was nicht kurzerhand abzulehnen, einer Erkältung. Ohne die Geneigtheit des kindlichen Afters und ohne die vermehrte Reizbarkeit desselben wäre diese Verstopfung folgenlos wieder verschwunden, wie es in allen den Fällen, in denen bei grösserer Widerstandsfähigkeit des Afters keine Einrisse entstehen, thatsächlich geschieht.

Was Wunder aber, wenn die Verstopfung „habituell“ bleibt, wo die erfolgreichen Massnahmen mangels richtiger Erkenntnis unterbleiben.

Allerdings für die leichten Fälle genügt die Beeinflussung der Ernährung in der Richtung einer Erleichterung der Stuhlentleerung, um Heilung herbeizuführen und die letzte Ursache des Uebels bleibt verborgen. Die angenommene „habituelle Verstopfung“ ist durch den Erfolg der gegen sie gerichteten Behandlung bewahrheitet.

Sonderbarerweise will aber in vielen Fällen diese „habituelle“ Verstopfung nicht durch alle möglichen Aenderungen in der Ernährung, nicht einmal durch Abführmittel noch durch Massage schwinden. Man begnügt sich schliesslich, alle paar Tage Stuhl zu erzielen und vertröstet die Mutter auf die Zukunft.

Diese Kinder bedürfen zur Heilung einer örtlichen Behandlung ihrer Afterrisse. Hierfür sind mancherlei Mittel vorgeschlagen, und es ist kein Zweifel, dass sie alle mehr oder weniger zweckentsprechend sind. In letzter Zeit habe ich mich des von Conitzer angegebenen Ichthyols bedient und bin damit sehr zufrieden. Nach Conitzer soll man vor der erstmaligen Anwendung des Ichthyols die Einrisse cocaïnisieren. In den meisten Fällen wird man davon absehen können. Statt der Glasstäbe oder der Wattebäuschchen nehme ich einen kleinen Haarpinsel, da man mit diesem ohne unnötige Verunreinigung leichter auf den Grund der Einrisse kommen kann.

Mit dieser Behandlung kommt man dort, wo das Uebel noch

Digitized by Google

nicht zu lange bestanden hat, in der Regel zum Ziel. Wo aber das Uebel eingewurzelt ist, wo die Einrisse zu gross und vielfältig, und wo die Reizbarkeit des Schliessmuskels beständig geworden, da lässt entweder diese Behandlung ganz im Stich, oder sie würde so langwierig werden, dass allen Beteiligten die Geduld verginge, denn die sich zur Heilung anschickenden Einrisse werden stets wieder bei der Entleerung durch die harten und grossen Kothballen auseinander gerisse. So bleiben die Einrisse, so bleibt die Verstopfung, so bleibt der Afterkrampf bestehen.

Da wird denn zu dem noch übrig bleibenden Mittel des Klystierens gegriffen. Wasser oder Glycerin, Stuhlzäpfchen mit Glycerin und Cacaobutter, oder mit Glycerin und Seife, abgesehen von den aus Waschseife bereiteten Zäpfchen.

Aber was ist die Folge?

Wohl gelingt es mit einem dieser oder mit allen der Reihe nach gebrauchten Mitteln das erste Mal und einige Male weiter den Stuhl zu erzwingen; dann muss man aber davon absehen, weil die Erscheinungen jedesmal stürmischer werden und es fast unmöglich wird, die Gegenstände durch den krampfhaft geschlossenen After hindurch in den Mastdarm einzuführen.

Henoch und Monti überweisen solche Fälle der chirurgischen Behandlung, wie ich glaube, unnötigerweise, da man auch noch auf anderem Wege dem Uebel beikommen kann.

Ich lasse jeden Tag, in der Regel abends, je nach Grösse des Kindes 10—20 ccm und mehr Olivenöl in den Mastdarm des Kindes bringen nach dem Vorbild der von Kussmaul angegebenen Behandlung der Enteritis membranacea. Das Oel, sofern es nicht ranzig ist, übt keinerlei üblen Reiz auf die Mastdarmschleimhaut aus und wirkt auf die Einrisse und deren Umgebung einhüllend, schützend und lindernd. Hierdurch wird der Schliessmuskelkrampf zum Nachlass, allmählich zum Schwinden gebracht, dem Stuhldrang wird nach einer Reihe von Stunden nachgegeben und erregt bedeutend geringere Schmerzen.

Damit ist das erste Glied der unheilvollen Kette zerbrochen, und die Heilung erfolgt nun unter Zuhilfenahme der Ichthyol-Pinselungen und einer naturgemässen Ernährung in kurzer Zeit.

Es dürften noch einige Worte über die Beibringung des Oels zu sagen sein.

Pfaundler warnt an der Hand eines unglücklich verlaufenen Falles vor dem Gebrauch von Spritzen oder Bällen und empfiehlt den Schlauch. Ich teile die Bedenken von Pfaundler nicht. Es kommt nicht so sehr auf das Werkzeug, als vielmehr auf die Art seiner Benutzung an. Wenn man allerdings sieht, wie Müttern von Aerzten schwergehende, zinnerne Spritzen von gut 25 cm Länge mit einem zum Aufspiessen geeigneten Ansatz in die Hand gegeben werden, dann muss man sich wundern, dass nicht noch mehr Unglücksfälle sich ereignen.

Das Wichtigste bei der Handhabung ist das Einführen des Ansatzes. Dies hat nach Einölen desselben mit der äussersten Schonung und Vorsicht unter Ausweichen eines etwa gefühlten Widerstandes

Digitized by Google

zu geschehen. Der Ansatz muss stumpf sein, weil so am leichtesten ein Anstossen vermieden wird. Da der After nicht rund, sondern schlitzförmig-oval mit von vorn nach hinten gerichtetem längsten Durchmesser gebildet ist, so ist auch der in langen Bogen gekrümmte Ansatz am besten seitlich abgeplattet.

Dieser Ansatz kann mit einer Spritze, einem Ball oder einem Schlauch mit Trichter (Gefäss) in Verbindung stehen. Ich bediene mich einer leicht gehenden gläsernen Spritze mit Hartgummi-Ansatz. Eine Spritze ist leicht und ohne Schmiererei zu füllen; der Druck und die Schnelligkeit ihrer Entleerung ist sicher zu regeln; eine Person genügt zu ihrer Handhabung. Beim Ball ist die Füllung umständlich und eine völlige Entleerung erschwert; beim Schlauch ist eine Verschmierung kaum zu umgehen, und eine Person genügt nicht zur Bedienung.

Ist der Ansatz eingeführt, so ziehe man denselben noch etwas vor der Entleerung der Spritze zurück. Diese soll vor dem Gebrauch auf ihren leichten und gleichmässigen Gang geprüft sein. Nachher reinige man sie mit warmem Sodawasser; eine weitere Desinfektion erübrigt für vorliegende Fälle.

Es war nicht meine Absicht, in Vorstehendem die Verstopfung durch rissigen After ausführlich zu schildern. Ich wollte das auf Grund der bis dahin vernachlässigten anatomischen Verhältnisse leicht entstehende und nur in einem Bruchteil der Fälle erkannte Leiden an Stelle der so gern angenommenen „habituellen" Verstopfung setzen und den einfachsten Weg einer erfolgreichen Behandlung auch der schwersten Fälle angeben.

Sollte es mir gelungen sein, den Arzt bei jeder Verstopfung im zarten Kindesalter zu einer eingehenden Besichtigung des Afters zu veranlassen und zugleich dem ausgedehnten Felde der Unbekömmlichkeit der Milch insbesondere der Kuhmilch ein weiteres Stück abzugraben, so ist der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

Ein interessanter Fall von fötaler Rachitis.

Von Dr. med. Fedor Schmey, Beuthen O.-S.

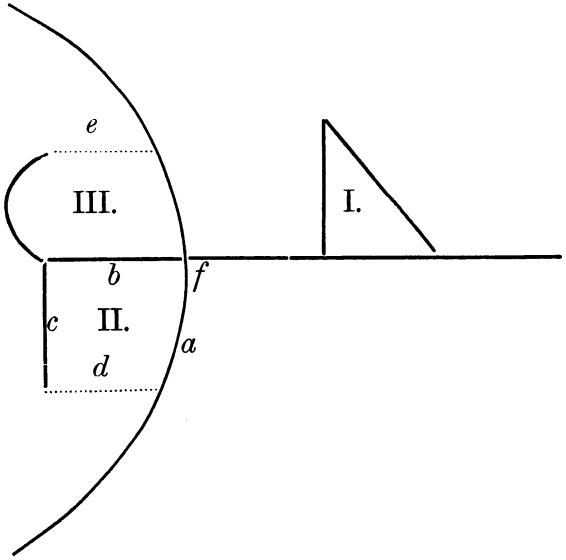
Das Vorkommen fötaler Rachitis wird von manchen Autoren bestritten, z. B. von Kaufmann, welcher die unter diesem Namen beschriebenen Fälle als Chondrodystrophia fötalis bezeichnet, von anderen gewichtigen Autoren z. B. Virchow bestimmt behauptet; jedenfalls muss ihr Vorkommen nach Henoch zu den grössten Seltenheiten gerechnet werden.

Die Mitteilung eines zweifellosen Falles von fötaler Rachitis dürfte daher gerechtfertigt sein, umsomehr da dieser Fall auch sonst noch des Interessanten genug bietet.

Vor kurzem wurde ich zu einer 27 Jahre alten Erstgebärenden gerufen. Die Hebamme berichtete, dass das Fruchtwasser vor etwa fünf Stunden abgelaufen sei, dass dann die Geburt zunächst sehr rasch vorgeschritten sei, seit zwei Stunden aber trotz guter Wehen kein Fortschritt erfolge, bei jeder Wehe werde der Kopf in der

Digitized by Google

Schamspalte sichtbar, um beim Nachlassen der Wehe sofort wieder weit in die Scheide zurückzusinken. Ich stellte bei der Untersuchung fest, dass sich der Kopf in zweiter Schädellage tief in der Scheide befand und sich bei der während der Untersuchung eintretenden Wehe ganz normal im Scheideneingang einstellte, beim Nachlass der Wehe aber wieder weit zurückging. Da sowohl der Puls der Mutter gut, als auch die Herztöne des Kindes deutlich und von normaler Frequenz waren, so fand ich zunächst keine Indikationen zu einem operativen Eingriff. Ich wartete eine Stunde, innerhalb welcher zahlreiche kräftige jedoch etwas kurze Wehen keinen Fortschritt der Geburt brachten und liess mir dann, da die Frequenz der kindlichen Herztöne deutlich zunahm, während sie gleichzeitig leiser wurden, den hiesigen Spezialkollegen für Geburtshilfe holen. Der Kollege erhob denselben Befund wie ich und war nur darüber erstaunt, dass die Kopfknochen des Kindes abnorm verschieblich und



die Fontanellen, namentlich die kleine, nicht deutlich abzutasten waren. Er legte alsdann die Zange an, die, nachdem mit der Scheere ein seitlicher Einschnitt in den Scheideneingang gemacht war, mit ziemlicher Leichtigkeit das Kind zur Welt beförderte, welches sofort kräftig und laut schrie und im Allgemeinen wohlgebildet war. Nur der Kopf bot die Abnormitäten dar, welche den Gegenstand dieser Mitteilung bilden. Alle Nähte des Schädels, die Suturae lambdoidea, sagittalis und coronaria klafften sehr weit, der aufgelegte Finger verspürte eine sehr deutliche Pulsation. Links von der Sutura sagittalis war eine ziemlich grosse dreieckige Knocheninsel, ein Os Wormianum sichtbar, welches von dem übrigen Teile des Scheitelbeins ebenfalls durch breite klaffende Nähte völlig getrennt war. Dieses Os Wormianum ist nach der beigefügten schematischen Skizze mit I bezeichnet. Ein zweites Os Wormianum, welches in mehrfacher Hinsicht ein erhebliches Interesse darbietet, befand sich in der Hinterhauptsschuppe. Es ist in der beiliegenden Skizze mit II be-

Digitized by Google

zeichnet und stellt nicht eine völlige Knocheninsel, sondern eine Halbinsel dar, da die vierte Seite, welche auf der Skizze durch die unterbrochene Linie angedeutet ist, bereits mit dem übrigen Teile der Hinterhauptsschuppe fest verwachsen ist. Eine Seite wird gebildet durch die Sutura lambdoidea, während zwei Seiten Nähten entsprechen, welche zwar in fötalen Leben vorgebildet, bei der Geburt aber gewöhnlich fest verwachsen sind. Die beiden in der Skizze mit a und b bezeichneten Nähte stossen in der kleinen Fontanelle zusammen.

Eine dieser Knochenhalbinsel durchaus analoge, nur in der Verknöcherung noch weiter vorgeschrittene Knochenbildung findet sich in der anderen Hälfte der Hinterhauptsschuppe, sie ist in der Skizze mit III bezeichnet. Die Knochenbildungen II und III bilden offenbar ein zusammenhängendes Ganze; denkt man sich die bereits verknöcherten Nähte d und e noch offen, dagegen die Zwichennaht b bereits verknöchert, so hat man den Knochen vor sich, welcher unter dem Namen Os interparietale, Squama occipitalis superior, Os Incae seu Os epactale proprium bekannt und ein entwicklungsgeschichtliches, sowie ein anthropologisches und historisches Interesse beansprucht.

Ich entnehme dem bekannten Grundriss der Entwicklungsgeschichte von A. Köllicker folgende Stelle (S. 179): „Das Hinterhauptsbein verknöchert im Anfange des dritten Monats und zwar mit fünf Knochenpunkten. Zu diesen Knochenkernen gesellt sich dann noch ein anderes aus zwei Kernen entstehendes Stück, welches ausserhalb des Chondrocranium als Deckknochen sich entwickelt und den oberen Teil der Schuppe bildet. Dasselbe verschmilzt später mit dem unteren primordialen Teile der Schuppe vollständig, so jedoch, dass eine Fissur rechts und links am Rande der Squama in der Höhe der Protuberantia extrema längere Zeit hindurch die Vereinigungsstelle andeutet und meist noch bei Neugeborenen sichtbar ist.“ Ich füge noch die entsprechende Stelle hinzu aus dem Lehrbuch der Embryologie von Schenk: „Zu Anfang des dritten Monats beginnt die Verknöcherung des Hinterbeines, an dem fünf Knochenpunkte erscheinen. Zu dieser Zeit erfolgt die Bildung eines Belegknochens aus Bindegewebe (Os interparietale) in der Umgebung der Occipitalfontanelle.“ Was die Bezeichnung Os Incae betrifft, so citiere ich folgende Stelle aus dem Lehrbuch der Anatomie von Hartmann (S. 11): „Ein bei Schädeln altperuanischer Stämme und auch der Malayer häufiger vorkommender Epactalknochen, welcher durch eine Quernaht gegen das eigentliche Hinterhauptsbein abgegrenzt wird, hat als sogenanntes Os Incae eine gewisse Berühmtheit erlangt. Wie Virchow bewiesen, handelt es sich hier übrigens um die Persistenz einer ursprünglichen Trennungslinie der primitiven Knochenkerne, um ein Offenbleiben einer ursprünglichen, über die Hinterhauptsschuppe hinwegziehende Quernaht.“ Der von mir beschriebene Fall ist ein sicherer Beweis für die Richtigkeit der Ansicht Virchow's.

Es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass es sich in unserem Fall um fötale Rachitis handelt. Eine Ursache für ihr Auftreten ist jedoch nicht aufzufinden, da die Eltern des Kindes gesund sind, der

Digitized by Google

Vater insbesondere das Ueberstehen von Lues bestimmt abläugnet. Die Mutter ist das jüngste von neun Kindern gesunder Eltern; von diesen sind zwei gestorben, welche sich dadurch von den anderen Kindern unterschieden, dass sie nicht am Normalende der Schwangerschaft, sondern etwas vorzeitig geboren waren. Hier ist vielleicht ein Moment zu finden, welches an Lues denken lässt, so dass vielleicht die fötale Rachitis bei dem Kinde, von dem hier die Rede ist, die Folge von Lues des Grossvaters ist, welche in der zweiten Generation keine Erscheinungen gemacht hat oder nur nicht zur Cognition gekommen ist. Die lässt sich natürlich jedoch nicht mit Sicherheit beweisen. Die Mutter des Kindes ist nie krank gewesen, hat sich während der ganzen Schwangerschaft stets wohl gefühlt und bis zuletzt alle häuslichen Arbeiten ihres Haushaltes verrichtet. Die Nachgeburt wurde von mir fünfzehn Minuten nach Beendigung der Geburt exprimirt, sie folgte dem Drucke leicht in Verbindung mit allen Eihäuten. Sie zeigte keine Abnormitäten, so dass auch von ihr aus das Entstehen der Rachitis nicht erklärt werden kann. Ich werde nicht verfehlen, über die weitere körperliche Entwickelung des Kindes in dieser Zeitschrift zu berichten.

Referate.

Ein Fall von gangränöser Varicella. Von A. Kojukoff. (Archiv für Kinderheilk., 27. Band.)

Die Anamnese des Falles war folgende: Ein 14monatliches Kind gesunder Eltern aus dem Arbeiterstande erkrankte vor 9 Tagen akut unter Fieber an einem Bläschenausschlage, der auf dem Rücken beginnend sich binnen drei Tagen über den ganzen Körper verbreitete. Der behandelnde Arzt konstatierte Windpocken. Das Kind hatte sich bei einem 14 Tage vorher leicht erkrankten und bald wieder genesenen Kinde der Nachbarschaft angesteckt. Am 5. Tage wurden die Bläschen eitrig und platzten, kleine Geschwüre bildend, die sich allmählich vergrösserten. Täglich einmal, fast um dieselbe Zeit, Erbrechen, leichte Diarrhoe, von 7. Tage ab Auftreten einer ansehnlichen Menge hanfkorngrosser Petechien, die zeitweise Bluttropfen ausschieden. Temperatur mässig.

Status praesens: Gut genährtes Kind, leichte Rachitis. Ueber die Haut eine Menge erbsen- bis thalergrosse Geschwüre zerstreut, die teils von blutigem Eiter, teils von einer rotbraunen Boke bedeckt sind. Sie sind am zahlreichsten und grössten auf dem Stamm, schwächer auf den Extremitäten. Zwischen den Geschwüren zahlreiche Petechien. Die grossen Schamlippen geschwollen, mit einem gelben, schmutzigen Belag bedeckt. Schwellung der Lymphdrüsen. Milz nicht zu fühlen, Leber ein wenig vergrössert. Harn nicht zu erhalten. Temperatur 38,7.

Von dem Belag der Schamlippen wurde eine Aussaat auf Nährboden gemacht, es fanden sich zahlreiche Klebs-Löffler'sche Stäbchen. Injektion von Diphtherieserum. Auch die Aussaat auf Blutserum

Digitized by Google

ergab Löffler'sche Bacillen. Injektion bei Meerschweinchen führte nach 12 resp. 18 Stunden den Tod derselben herbei; ihre Sektion ergab die für Diphtherie typischen Veränderungen.

Das Allgemeinbefinden des Kindes verschlechterte sich zusehends, Tod zwei Tage nach der Aufnahme an Schwäche.

Die Sektion wies überall auf den serösen Häuten petechiale Ekchymosen nach. Bronchialdrüsen vergrössert, teilweise verkäst. Sonst an den inneren Organen keine Veränderungen. In der Litteratur sind nur wenige Fälle gangränöser Varicella beschrieben, die meist letal endeten.

In einem zweiten kurz darauf von K. beobachteten Falle, der erisypelatösen Charakter hatte, wies die bakterielle Untersuchung in den gangränösen Stellen Staphylococcen und Streptococcen nach. Auch dieses Kind starb. — Diese Fälle bieten eine neue Stütze für die sich immer mehr aufdrängende Erkenntnis, dass die Varicellen nicht immer harmloser Natur sind. Dass sie auch zu Nephritiden führen können, ist durch vielfache Beobachtungen litterarisch beglaubigt.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps. Von Hoppe. Aus der Kinderabteilung der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uechtspringe. (Münch. med. Wochenschr. 1899. No. 34.)

Der Mumps stellt eine infectiöse Allgemeinerkrankung dar; der primäre, uns zunächst erkenntliche Sitz der Krankheit ist die Glandula parotis. Häufig werden dann sekundär auch noch die andern Speicheldrüsen, mitunter auch die Thränendrüsen in Mitleidenschaft gezogen. In einigen seltenen Fällen scheint jedoch der Erreger des Mumps eine grössere Vorliebe für die Ansiedlung in der Submaxillardrüse zu hegen, wobei er dann entweder erst sekundär in das Gewebe der Parotis dringt, oder dieselbe, wie es häufiger der Fall zu sein scheint, ganz verschont.

H. berichtet über eine epidemische Infektionskrankheit, welche in den meisten Fällen nur die Glandula submaxillaris, in einigen aber die Ohrspeicheldrüse noch mit befiel. Sie hatte eine Vorliebe für Knaben. Ihr Auftreten fiel in zwei Perioden. In der ersten Periode klagten die Kinder über Müdigkeit, Kopfschmerzen, Frostgefühl, sowie über Schmerzen beim Kauen und Oeffnen des Mundes; zu gleicher Zeit machte sich eine Anschwellung am inneren unteren Unterkieferrande bemerkbar. Bei den Kranken der 2. Periode waren die allgemeinen Störungen nur wenig ausgesprochen. Die Temperatur stieg in der 1. Periode bei einigen Kranken während der ganzen Dauer der Anschwellung auf 38° und darüber. Wurden die Drüsen der anderen Seite sekundär befallen, so war meist auch ein Ansteigen der Temperatur zu konstatieren. In der 2. Periode war die Temperatur nur wenig erhöht.

Die Schwellung der Submaxillardrüsen machte sich zunächst nur auf einer Seite bemerkbar, 10 mal links, 8 mal rechts. In der Hälfte der Fälle wurde später die Submaxillardrüse der anderen Seite befallen. Die Parotis war 6 mal mitaffiziert. Die Anschwellung um die

Digitized by Google

Drüse war in der ersten Epidemie eine ziemlich bedeutende. Zur Rückbildung brauchte die Schwellung 10—14 Tage. Komplikationen oder Nachkrankheiten wurden nicht beobachtet.

Die Behandlung war eine rein exspectative und beschränkte sich auf Reinhaltung des Mundes und auf Darreichung einer leicht verdaulichen Kost. Auch wurde Isolierung angeordnet.

Schnell-Egeln.

Die Behandlung der „nervösen" oder funkionellen Herz- und Gefässstörungen. Von Th. Rumpf. (Therapie der Gegenwart. 1899, 12. Heft.)

„Funktionell" sind die Herz- und Gefässstörungen dann, wenn eine längere Beobachtung und häufige Untersuchungen keine krankhaften Veränderungen am Herzen, den Klappen oder den Gefässen ergeben. Sie kommen überwiegend im jugendlichen und mittleren Alter vor. Besonders beobachtet man sie nach Diphtherie, Influenza und Typhus; sie verschwinden dann meist nach 1—2 Jahren. Vorherrschend sind subjektive Empfindungen, wie Herzklopfen, Druck und ausstrahlende Schmerzen in der Herzgegend, Angstgefühle, Beschleunigung der Pulszahl bis zu 140, anderseits wieder Aussetzen Pulses, Kälte- und Hitzeempfindungen.

Aetiologisch kommt vielerlei in Betracht. Es können diese Störungen Teilerscheinungen der Neurasthemie oder Hysterie sein. Sehr häufig sind sie zur Zeit der Entwicklung des Geschlechtsapparates. Bei gegebener nervöser Disposition treten sie häufig nach übermässigen geistigen oder körperlichen Strapazen auf. Nicht selten rühren sie vom Digestionstraktus her. Wenn nervöse Personen viel und schnell essen, ohne sich zum Kauen Zeit zu nehmen, so leiden sie häufig innerhalb der ersten Stunden nach der Mahlzeit an Herzklopfen, Druck und Schmerzen in der Herzgegend, ganz wie bei Angina pectoris. Sowie sich der Magen durch Aufstossen der angesammelten Gase entledigt, hört häufig augenblicklich der Anfall auf.

Ein weiteres Moment sind toxische Vorgänge im Eiweissstoffwechsel, wie sie schliesslich in einer Reihe von Fällen zur Gicht führen. Auch übermässiger Genuss von Kaffee, Alcoholicis, Tabak ist zu beschuldigen.

Die Behandlung ist um so dankbarer, je früher sie einsetzen kann. Meist ist die ganze Lebensweise zu regeln. Schlaf- und Arbeitszeit sind gleichmässig zu regeln, geschlechtliche Exzesse, aufregende Lektüre zu unterdrücken. Bezüglich der Zufuhr von Speise und Trank sind bestimmte Vorschriften zu erlassen, insbesondere ist die Fleischzufuhr, wie sie häufig schon im frühen Kindesalter begünstigt wird, einzuschränken, unter Umständen eine vegetabilische Kur anzuordnen. Alcoholica sind völlig zu verbieten. Obstgenuss ist von Nutzen, blähende Nahrungsmittel sind schädlich. Die Speisen müssen gut durchgekaut werden.

Wichtig ist ausreichende Körperbewegung, wie sie durch regelmässige Spaziergänge oder Zimmergymnastik erzielt wird. Hierbei ist auf tiefe Respiration zu achten, die ja bekanntlich die Herzthätigkeit günstig beeinflusst.

Digitized by Google

Reflektorisch von der Haut her wirken bei schwachen Personen kohlensaure Salzbäder, bei kräftigeren warme Bäder mit kühleren Uebergiessungen. Die Prophylaxe hat nach diesen Grundsätzen die Erziehung und Ernährung in der Jugend zu leiten. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass über der geistigen Ausbildung nicht die körperliche vernachlässigt wird, wie es in Deutschland leider immer noch überwiegend der Fall ist.

Dr. Friedmann-Beuthen (O.S.)

Ueber antenatale Therapie. Von J. W. Ballantyne. (Wiener Medic. Presse 1899, Nr. 45 und 46.)

Dass eine antenatale Therapie möglich und auch von Wert ist, kann heutzutage nicht mehr zweifelhaft sein. Im weiteren Sinn gehört zu ihr die Behandlung während und nach der Geburt von intranatal entstehenden Krankheiten, im strengeren Sinn betrifft sie die Behandlung des noch in utero befindlichen Embryo bez. Foetus. So mannigfaltig die Ursachen antenataler Erkrankungen sein können, so sind sie doch auf dieselben im extrauterinen Leben wirkenden Faktoren zurückzuführen. Dass eine antenatale Prophylaxe und Therapie dringend notwendig ist, beweisen die jede pessimistische Schätzung an Zahl übertreffenden Fälle von Fehl- und Frühgeburten. Die am besten anzuwendende Methode ist die, dass medizinisch und hygienisch auf die Mutter einzuwirken gesucht wird. Dies zeigt die bekannte antiluetische Kur. Verf. verlangt aber, dass auch die gesunde Mutter, wenn der Vater luetisch war, sich im Interesse ihrer Kinder einer Schmierkur unterzieht. Ebenso soll, wenn der Vater an Malaria, Bleivergiftung, Tuberkulose litt, die Mutter entsprechend behandelt werden. Vor Infektionskrankheiten ist die Schwangere, selbst wenn sie durch Ueberstehen solcher immun gegen dieselben ist, peinlichst zu schützen, da Fälle von in utero inficirten Foeten schon zahlreich vorgekommen sind. Gewisse Beschäftigungen, welche sowohl für die Mutter als auch ihr neugeborenes Kind gefährlich sind, müssen vermieden werden. Hierher gehören die Beschäftigungen mit Blei, Kupfer, Tabak. Besonders gefährlich ist der Alkohol, da dieser die Gewebe des Foetus in weitem Masse schädigt. Hierher gehört auch der Genuss von Cocain, Morphium etc. Zur Prophylaxe gehört ferner Einleitung der Frühgeburt, falls Indicationen für dieselbe vorliegen und vor allem, dass nur gesunde Eltern eine Ehe eingehen. Was die Vererbung anbetrifft, so giebt Verf. den Rath, das Gespenst desselben nicht zu sehr zu fürchten, denn „am meisten" wird das Normale, nicht das Abnorme vererbt. Diese Ausführungen des Verf. sind gewiss zu beherzigen.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber Abführmittel bei Kindern. Von Comby. (Monde Médical, No. 8, 1899. Deutsche Ausgabe.)

Die Abführmittel bei Kindern werden gebraucht entweder um die Obstipation zu beseitigen oder um den Darmtractus zu leeren und zu reinigen. Da man bei Kindern mässigen Gebrauch von Abführmitteln machen soll, so wende man bei habitueller Verstopfung meistens

Digitized by Google

mechanische Mittel an, wie Massage des Bauches, Einführung von elastischen Gummisonden in den Mastdarm, Glycerinstuhlzäpfchen, Klystiere etc. Nur wenn die mechanischen Mittel ohne Resultat angewendet wurden und wenn eine Coprostase droht, nehme man Zuflucht zu Abführmitteln. Bei infectiöser Gastro-enteritis ist die Anwendung von Abführmitteln absolut geboten, da dieselben die beste Antisepsis des Darmkanals abgeben. C. teilt die Abführmittel ein in a) salzartige, b) ölige c) süssschmeckende, d) Calomel.

Von den salzartigen wird am meisten gebraucht:

1) Magnesia usta in Dosen von 4—6 gr. Die beste Formel ist:
Rp. Magnes. ust. 6,0.
Syr. gum.
— flor. aurant aa 15.0.
Aq. Menth. pip 30.0.
DS. In 2 Portionen innerhalb einer $^1/_4$ Stunde zu nehmen.
2) Magnes. citr. in Dosen von 10—15 gr.
3) Magnes. tartar.
4) Magnes. sulfur.
Natr. sulfur. oder phosphoric.

Oelige Abführmittel sind:

1) Ol. ricini in Dosen von 5—20 gr in Citronensaft, schwarzem Kaffee, Bier etc., am besten in einer Emulsion in Milch, in welcher ein Ei mit Zucker gut verrührt worden ist.
2) Ol. amygdal. dulc. in Dosen von 1—2 Suppenlöffeln.

Süssschmeckende Abführmittel sind:

1) Manna canellata in Dosen von 20—50 gr in Milch aufgelöst oder in Verbindung mit Cassia, Tamarindenmus.
2) Sirup. flor. pers. in Dosen von 10—50 gr u. z. $^1/_2$ stündlich bis zur erzielten Wirkung.
3) Zwetschen und weisser Honig.

Drastische Abführmittel sind:

1) Rad. rhei entweder als Pulver in Dosen von 0.25—1 gr je nach dem Alter oder als Tinktur.
2) Scammonium in Dosen von 0.25—0.50 gr.
3) Senna in Dosen von 2—4 gr in süssem Aufguss oder in Klystier.

Calomel.

Calomel ist eines der besten Abführmittel. Man verordnet dasselbe auf 2 Arten: entweder in fraktionierten Dosen von 1—5 Ctgr: stündlich bis zu 10—50 Ctgr. oder in massiven Dosen, auf einmal oder zweimal mit einer Stunde Zwischenraum. Bis zu 3 Jahren gehe man nicht höher, als 0.25 gr. Man verordnet Calomel:

1) allein, ohne Zugabe,
2) mit Zucker vermengt und
3) in Verbindung mit andern Substanzen wie Extr. bellad. oder wenn es wurmtötend wirken soll mit Extr. aeth. filic. Die beste Aufnahmsflüssigkeit ist Milch. — Calomel in Verbindung mit salzigen Substanzen, Jodpräparaten oder Aq. laurocerasi darf man nicht verordnen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Ueber den Gebrauch starker Sublimatlösungen in der Augentherapie. Von Guttmann. (Deutsch. med. Wochenschr. 1899 No. 44.)

In der Magnus'schen Augenklinik in Breslau wurden bei verschiedenen Affectionen 3‰ige Sublimatlösungen für wirksam befunden. Die Application bestand in täglich einmaligem Aufträufeln von 6 bis 10 Tropfen auf die Conjunctiva inferior und die untere Uebergangsfalte unter möglichster Vermeidung der Hornhaut. Die Eintröpflung ist zu empfehlen: 1) beim sogen. Schwellungskatarrh, der klinisch unter starker Schwellung der Lider, der Conjunctiva inferior und namentlich der unteren Uebergangsfalte sowie der Plica senilunaris, rosiger Rötung und oft auch Chemosis der Conjunctiva sclerae und reichlicher schleimig-eitriger Secretion verläuft, und unter dessen Bilde sich eine Reihe ätiologisch differenter Erkrankungen verbirgt. Das Sublimat wirkt hier häufig geradezu coupierend, sodass nach wenigen Tagen das schwere Krankheitsbild sich in einen gewöhnlichen Katarrh umwandelt, das dann den gebräuchlichen Mitteln (Zink etc,) vollends weicht. 2) Beim Trachom wirkt das Sublimat in ausgezeichneter Weise, sobald erheblichere Secretion besteht (bei acutem Trachom und beim Pannus trachomatosus), es muss hier natürlich längere Zeit angewandt werden. 3) Bei chronischer Dacryocystoblennorrhoe lässt sich in nicht allzu veralteten Fällen manchmal ein vollständiges Versiegen der schleimig-eitrigen Absonderung des Thränensackes erzielen, so dass die Sondirung erspart werden kann. Es ist ratsam, den Patienten sich horizontal hinlegen zu lassen und ihn aufzufordern, nach der Application des Sublimats — der die Entleerung des Thränensacks durch Fingerdruck vorangehen muss — die Augen mehrmals hintereinander fest zu schliessen und zu öffnen, um dadurch die Aufsaugung des Mittels in den Thränensack zu befördern.

Bei Blennorrhoea neonatorum zeigt die Behandlung mit Sublimat keinerlei Vorteil gegenüber der Argentum.

Die subjectiven Beschwerden bei Sublimatapplication sind individuell sehr verschieden, häufig sind sie ganz unbedeutend, selten ist die Schmerzhaftigkeit so stark, dass von weiterer Anwendung Abstand genommen werden muss. Der Verordnung der Sublimatlösung soll man immer „sine spiritu" hinzufügen. Der Zusatz von Cocain verbietet sich aus chemischen Gründen.

Zum eigenen Gebrauch des Patienten soll man die starke Sublimatlösung bei Augenaffectionen nie verschreiben. In der Hand des Arztes ist die Behandlung der geeigneten Fälle eine ebenso unschädliche als wirksame Methode.

Schnell-Egeln.

Die moderne Behandlung des Klumpfusses. Von A. Hoffa. S. aus „Deutsche Praxis" 1899, 11, 13, 14. München, Seitz & Schauer. Preis Mk. 1,80.

Bei der grossen Zahl der zur Behandlung des Klumpfusses angegebenen Methoden ist es sicherlich mit Freude und mit Dank zu begrüssen, wenn ein Mann von der Erfahrung eines H. uns seine Ansichten über die Behandlung des Klumpfusses mitteilt. H. stützt seine

Digitized by Google

in dem oben erwähnten Aufsatze gemachten Ausführungen auf die innerhalb von 10 Jahren an nahezu 80 Pat. gemachten Beobachtungen und präcisiert seinen Standpunkt dahin, „dass wir mit den modernen Hilfsmitteln im Stande sind, selbst die schwersten Kf. erwachsener Personen ohne eingreifende blutige Operationen zu heilen", und zwar betrachtet er einen Kf. als geheilt, wenn nicht nur der Fuss seine richtige Form erhalten hat, sondern wenn der Pat. auch imstande ist, sich aktiv auf die Zehen zu erheben und dann bei Zehenstand Kniebeugung und -streckung auszuführen". Um dieses Ziel zu erreichen, muss man bei dem angeborenen Kf. die Behandlung möglichst frühzeitig beginnen, indem man mit Hilfe von zweimal täglich vorgenommenen systematisch redressierenden Bewegungen mit daran angeschlossener Massage die Stellung des Fusses korrigiert und in der Zwischenzeit durch eine passend angelegte Binde, später durch eine Schiene (am besten die von Beely angegebene) eine möglichst redressierte Stellung bewahrt. Bis das Kind laufen lernt, ist die Correctur dann schon so weit vorgeschritten, dass ein Klumpfussschuh genügt, am besten ein von H. konstruierter Schienenhülsenapparat, der die Fortsetzung von gymnastischen Bewegungen und Massage ermöglicht. Sind schon Monate oder selbst Jahre seit der Geburt verflossen, so nimmt H. die forcierte Redression in Narcose nach König vor mit Tenotomie der Achillessehne und ev. subcutaner Durchtrennung der Plantarfascie; zum bessern Fassen des kleinen Kinderfusses hat sich ihm dabei eine von Thomas angegebene Handhabe bestens bewährt. Bei älteren Pat. macht H. nach dem Vorgange von Lorenz von dem Redresseur-Osteoclasten Gebrauch. Dabei ist aber jegliche rohe Gewalt zu vermeiden, und in mehreren Sitzungen ein etappenweises Vorgehen einzuschlagen. Ist die Redression gelungen, so wird ein gut sitzender Gypsverband angelegt, der nach 4—6 Wochen durch den Klumpfussapparat ersetzt wird. Betreffs weiterer Einzelheiten muss auf das mit 24 gelungenen Abbildungen versehene Original verwiesen werden, dessen Studium jedem Collegen auf das angelegentlichste empfohlen werden kann.

Bauer-Zell i. W.

Eine operierte Occipitalmeningocele, Lumbalpunktion, Heilung. Von K. Preisich. (Gyermek. 1899. No. 4.)

Am Occiput des sechs Monate alten, gut entwickelten L. K. befindet sich eine apfelgrosse Geschwulst, die ursprünglich nussgross gewesen sein soll. Der Kopf zeigt bis auf seinen Umfang — 45.5 cm — überall normale Verhältnisse. Der Tumor entspringt an der Stelle der kleinen Fontanelle, ist gestielt, birnförmig, von normaler Kopfhaut bedeckt, die sich an ihrer äussersten Peripherie ungemein verdünnt und eine farblose Flüssigkeit durchschimmern lässt. In der Basis des Geschwulststieles ist eine seichte Vertiefung nachweisbar, welche einerseits von den Seitenwandbeinen, anderseits von dem Os occipitale begrenzt wird. Der Tumor, dessen Circumferenz 17 cm beträgt, fühlt sich weich an und ist comprimierbar; auf stärkeren Druck wölbt sich die grosse Fontanelle merklich hervor. —

Am 26. Mai 1898 wurde das Kind operiert (Ligatur) und ent-

Digitized by Google

puppte sich die Geschwulst als eine Meningocele; einen Tag nach der Operation wird der Kranke unruhig, schreit sehr oft auf, atmet stertorös und erbricht sich, bleibt aber fieberfrei. 29./5. stellt sich Strabismus ein; 30./5. wird der Verband erneut, worauf Erbrechen und Unruhe verschwinden, der Allgemeinzustand sich bessert. Am 14./6. erreicht der Kopfumfang 46.5 cm, auch zeigen sich Hirndruckerscheinungen, zu deren Hebung die Lumbalpunktion gemacht wird; die aspirierte Crebrospinalflüssigkeit beläuft sich auf 30 gr. Bis auf den Strabismus verschwinden alle gefahrdrohenden Erscheinungen; das Kind nimmt die Brust gerne, gedeiht auch zusehends, doch schon Ende Juni tritt wieder Verschlimmerung ein, der Kopfumfang steigt bis 47.5 cm, mit ihm Hand in Hand stellen sich die schwersten Druckerscheinungen ein, so dass zum zweiten Mal zur Lumbalpunktion gegriffen und 45 □cm farblose Flüssigkeit entleert wird. Die Unruhe verschwindet ganz, der Schlaf ist normal, doch besteht der Strabismus weiter. Ende Juli ist die Operationswunde ganz vernarbt und das Kind wird aus dem Stefanie-Kinderspital entlassen. P. beobachtete den Knaben bis zum 20. Lebensjahre; der Kopfumfang beträgt 49.5 cm, die geistigen Fähigkeiten sind normal entwickelt, das Knochensystem etwas rachitisch, die Muskulatur mässig stark, der Strabismus sehr gering. —

L. Bruck-Budapest.

Paediatrisches aus der Festschrift des Stadtkrankenhauses zu Dresden. Mitgeteilt von Dr. C. Baron-Dresden.

Am 27. Nov. 1899 erfüllten sich 50 Jahre seit dem Tage, an welchem das Dresdner Stadtkrankenhaus in sein jetziges Heim, das ehemalige Marcolinische Palais an der Friedrichstrasse übersiedelte, und wenn auch ein halbes Säculum für eine derartige Anstalt kein langer Zeitraum ist, so erschien doch aus verschiedenen Gründen eine festliche Begehung des Tages gerechtfertigt. Als eins der äusseren Zeichen der Feier erschien eine stattliche und würdig ausgeschmückte Festschrift, welche in einen mehr die Verwaltungs- und Entwicklungsgeschichte des Hospitals behandelnden und zahlreiche an sich sehr interessante Statistiken enthaltenden und in einen wissenschaftlichen Teil zerfällt. Dem letzteren gehören die Arbeiten, über welche im folgenden referiert werden soll, an.

Aus der Feder des weit über Dresdens Mauern hinaus bekannten Kinderarztes Unruh stammt eine Arbeit über gleichzeitiges Erkranken an Scharlach und Masern. Veranlasst durch eine Bemerkung Langes im 42. Bd. des Jahrb. für Kinderheilkunde, „dass man nur gewaltsam eine gegenseitige Beeinflussung der beiden Krankheiten zurechtschmieden könne“ und „dass der Verlauf einer Krankheit durch die koincidierende andere Erkrankung in keiner Weise gestört, verändert oder gesteigert werde, vielmehr beide Krankheiten unter Umständen vollkommen parallel ohne einander zu beeinflussen, verliefen,“ hat U. dieser Frage ein Augenmerk zugewandt und an der Hand des Materials des Hospitals der Kinderheilanstalt und seiner grossen Privatpraxis studiert. Unter diesen Fällen fand Autor fünf Masernkranke, die nachträglich Scharlach erwarben und zwölf Schar-

Digitized by Google

lachkranke, die nachträglich an Masern erkrankten. Es sind hierunter nur solche Fälle zu verstehen, in denen die Masern vor beendeter Abschuppung des Scharlachexanthems bez. in denen der Scharlach spätestens vor dem vollständigen Erbleichen des Masernexanthems auftraten. Dagegen gehören nicht hierzu alle Erkrankungen an Masern oder Scharlach, welche in eine spätere Zeit, in die Reconvalescenz fallen. Die Krankheiten scheinen sich nach U. denn doch zu beeinflussen, insofern die nachfolgende Erkrankung zumeist einen schweren Verlauf zeigt, auch sind Masern nach Scharlach ein ernsteres Ereignis als Scharlach nach Masern. Ebenso scheint die Gefahr eines schweren Verlaufes und eines tödlichen Ausgangs um so grösser zu sein, je rascher die Masernerkrankung dem Scharlach folgt. Alter und Geschlecht geben nach U. für keinen der beiden Fälle eine besondere Disposition. Die Mehrzahl der Todesfälle zeigt das Alter von 3—6 Jahren. Die Schwere der ersten Krankheit ist anscheinend auf den Verlauf und den Ausgang der nachfolgenden ohne Einfluss, ebenso wie der jeweilige Charakter der herrschenden Epidemie.

Die nach Masern aufgetretenen Scharlachfälle zeigten mit Ausnahme einer protrahierten Reconvalescenz keine Besonderheiten, hingegen waren die Masernerkrankungen nach Scharlach sämtlich durch einen abnormen und besonders schweren Verlauf ausgezeichnet.

Nach alledem spricht sich U. entgegen den Lange'schen Sätzen dahin aus, dass das gleichzeitige Auftreten von Masern und Scharlach und namentlich das Erkranken an Masern nach Scharlach unter allen Umständen ein ernstes Ereignis ist.

Ueber chronische Herzstörungen nach Diphtherie berichtet Schmaltz auf Grund von 81 klinisch genau beobachteten und während eines Zeitraumes von 4 Jahren grösstenteils mehrfach nachuntersuchten Fällen. Sie sind einer Gesamtzahl von ca. 500 Diphtherieerkrankungen entnommen. Während eine grössere Zahl von Fällen, in denen während der Diphtherie Herzstörungen beobachtet wurden, in kurzer Zeit dauernd geheilt wurden, finden sich auch nicht wenig Fälle, bei denen mehr weniger ausgesprochene Störungen am Herzen für lange Zeit zurückgeblieben sind, und zwar konnte dies Sch. unter 56 Fällen, die ein Jahr und darüber beobachtet waren, bei 28 oder 50 % konstatieren. Unter 41 Fällen, die zwei Jahre und darüber beobachtet wurden, betrug das Verhältnis 17 oder 41.5 %, bei 19 mindestens 3 Jahr kontrollierten Fällen 8 oder 42.1 %. Die Gleichheit der letzten beiden Prozentzahlen macht es wahrscheinlich, dass diese Herzstörungen, wenn sie einmal das 2. Jahr überstanden haben, für längere Zeit bestehen zu bleiben pflegen. Ob ein Uebergang in die chronische Form eintreten wird, lässt sich bei keinem Falle voraussehen. Das Hauptsymptom in der späten Zeit der Erkrankung ist das persistierende systolische Geräusch am linken Herzen, das namentlich dann von Bedeutung ist, wenn es von einer Accentuation des 2. Pulmonaltones begleitet ist. Der Umstand, dass die Mehrzahl der Kinder wenig oder keine Beschwerden von ihrer Herzaffektion haben, darf den Arzt über die Bedeutung derselben nicht täuschen, da bekanntlich im Kindesalter das Herz über eine grosse Reservekraft verfügt. Wie sich aber das durch diphtherische Myocarditis

Digitized by Google

nachhaltig geschädigte Herz in der Pubertätszeit und gegenüber den Schädlichkeiten des späteren Lebens verhalten wird, muss erst weitere Beobachtung lehren.

Ueber bewegliche Nieren bei Kindern handelt ein Artikel des Ref. (Baron) in welchem derselbe an der Hand von 283 genau untersuchten Fällen nachweist, dass die bewegliche Niere schon im Kindesalter eine keineswegs seltene Erscheinung, namentlich beim weiblichen Geschlechte ist. Von 131 Knaben hatten 126 (= 96.2 %) von 152 Mädchen 95 (= 62.5 %) normal gelagerte Nieren. 57 Mädchen hatten mehr weniger dislocierbare Nieren und zwar wiesen 39 nur einen geringen Grad von Beweglichkeit auf. Bei 13 war die Hälfte, bei 2 ca. $^2/_3$ und bei dreien das ganze Organ abzutasten. Auf Grund dieser Erfahrungen kommt B. zu dem Schlusse, dass, wie es schon Senator u. A. angenommen haben, die angeborene Anlage bei der Aetiologie der Wanderniere das bei weitem vorherrschende Moment zu sein scheint und dass die sonst angegebenen Ursachen (z. B. das vielbeschuldigte Schnürleib, gehäufte Entbindungen etc.) meist nur befördernd auf eine bereits vorhandene Disposition einwirken.

Die von Förster verfasste Diphtheriestatistik, welche die im Stadtkrankenhause in den Jahren 1849—1898 behandelten Fälle umfasst, eignet sich nicht zum Referate. In einer zweiten kleinen Arbeit macht derselbe Autor einige casuistische Mitteilungen zur Kenntnis der Incubationszeit von Diphtherie, Scharlach, Masern und Varicellen, und zwar konnte er bei 4 Diphtheriefällen dieselbe mit grosser Genauigkeit auf 2, $2^1/_2$ und 3 Tage feststellen. Für Scharlach betrug dieselbe in einem Falle 2, in einem 2—3 und in einem dritten 3 Tage. Bezüglich der Masern zeigten die Zahlen ziemlich grosse Schwankungen. Bis zum Beginne der Prodrome differierte die Zeit zwischen $6^1/_2$ und 14 Tagen, bis zum Beginn des Exanthems zwischen 11 und 16 Tagen. Der Ausbruch selbst währte 1—3 Tage. Bei Varicellen fand F. 14 bez. 18 Tage als Incubationsdauer. Eine dritte Veröffentlichung F.'s behandelt einen Fall von chronischen Alkoholismus im Kindesalter. An der Kinderklinik zu Leipzig behandelte F. 1896 einen Knaben an schwerer Diphtherie. Der intubierte Knabe war auffallend unruhig und widerspenstig, jede Manipulation rief schwere Aufregungszustände hervor. Die definitive Extubation war deshalb besonders schwierig und das Kind musste während 15 Tagen 12 mal intubiert werden. Einige Zeit nach der Entlassung sah F. das Kind wieder und erfuhr dabei, dass der Knabe sich meist in der väterlichen Gaststube aufhalte und dabei von den Gästen öfters einen Schluck Bier erhalte. Im Ganzen mögen dem Knaben täglich auf diese Weise 1—$1^1/_2$ Glas Lagerbier eingefüllt worden sein. Ausserdem erhielt das Kind täglich mittags ein Schnittchen Bairisch. Die daraufhin vorgenommene Untersuchung ergab eine auffallend grosse und harte Leber und entschieden verschlechterten Ernährungszustand. Der zweite Fall betrifft eine im Verlaufe eines Keuchhustens aufgetretenen genuine Pneumonie des rechten Ober- und Unterlappens bei einem erst 3 Jahr 8 Mon. alten Kinde, dessen Herz durch chronischen Alkoholgenuss (Restaurationskind, das jeden Tag nicht nur sein Glas Bier, sondern mitunter auch Eiercognac etc

Digitized by Google

bekommen und gleichfalls aus den Gläsern der Gäste mitgetrunken hatte) geschädigt war, sodass es nicht nur zu einer hochgradigen Dilatation beider Herzhälften, sondern mit Eintritt der Reize auch zu einem sehr schwerem Collaps kam. Die Delirien ähnelten in ihrer Form sehr den Alkoholdelirien Erwachsener; ausserdem fand sich eine schon ziemlich weit vorgeschrittene Cirrhose der Leber, die im Verlaufe und im Anschluss an die akute Erkrankung der Lunge die ersten schweren Symptome (Vergrösserung der Leber, Ascites und Milztumor) bemerken liess.

Die letzte uns interessierende Arbeit ist die von G. Schmorl: Zur pathologischen Anatomie der Knochenveränderungen bei Morbus Barlow. Autor war in der Lage, in 2 neuen Fällen nicht nur die gröberen mit blossem Auge wahrnehmbaren Veränderungen an den Knochen, sondern auch die diesen Veränderungen zu Grunde liegenden feineren, nur mit Hilfe des Mikroskopes wahrnehmbaren Läsionen eingehend zu studieren. Klinisch boten die beiden Krankheitsfälle das allgemein bekannte Bild. Pathologisch-anatomisch zeigten beide Fälle an der Knorpelknochengrenze zweifellos die Zeichen einer zum Stillstand gekommenen geringfügigen Rhachitis. Ausserdem fanden sich aber an sämtlichen untersuchten Knochen tiefgreifende Veränderungen, die unzweifelhaft mit Rhachitis nichts zu thun haben. Dieselben sind dadurch charakteristisch, dass einerseits die Knochensubstanz eine Veränderung gegen die Norm erfährt, dass andererseits das Knochenmark in den peripheren Enden der Diaphysen seinen lymphoiden Charakter verlässt und dass endlich periostale und endostale Blutungen auftreten. Die Veränderung der Knochensubstanz ist teils durch eine mangelhafte Apposition neuer Knochensubstanz, teils durch eine Resorption bereits ausgebildeten Knochengewebes bedingt. Beide Vorgänge führen an der Diaphysenrinde zu einer mehr oder minder starken Verdünnung und Osteoporose.

An den peripheren Teilen der Höhlenknochen und in den Knochenkernen, also im Gebiete der endochondralen Ossification, führt die mangelhafte Apposition und die Resorption zu weit augenfälligeren Veränderungen als an der Knochenrinde. Es werden hier zwar die Pfeiler der verkalkten Knorpelgrundsubstanz in regelrechter Weise gebildet, aber sie werden nicht wie in der Norm diaphysenwärts rasch in dicke Spongiosabälkchen umgewandelt, sondern es gehen aus ihnen infolge des Fehlens bez. der mangelhaften Leistungsfähigkeit der Osteoblasten nur dünne, aber völlig verkalkte Knochenbälkchen hervor, von denen aber nur ein Teil dauernd erhalten bleibt.

Die Resorption beschränkt sich aber nicht nur auf die jüngst ausgebildeten Knochentrabekel, sondern es werden auch schon ältere Spongiosabalken aufgelöst und es tritt auch in den tieferen Teilen der peripheren Enden der Diaphyse und im Zentrum der Knochenkerne eine Verminderung der Knochentrabekel ein. Und während sonst bei Kindern in jenem Alter die Markhöhle in ihrer ganzen Ausdehnung mit lymphoidem Mark erfüllt ist, finden wir beim Morb. Barlow an den peripheren Enden, in den Diaphysen und in dem Knochenkerne ein feinfaseriges Gewebe, in dem die specifischen Markzellen nur spärlich vorhanden sind, während spindelförmige und stern-

Digitized by Google

förmige Elemente reichlicher als in der Norm hervortreten. Ausserdem aber ist die Armut an Blutgefässen besonders bemerkenswert.

Betreffs der Epiphysenlösungen fand auch Sch., dass es echte Fracturen sind, so zwar, dass die Abtrennung der Epiphyse von der Diaphyse in der Regel im Bereiche der letzteren, dicht unterhalb der Knorpelknochengrenze stattfindet, dass aber auch die Trennungslinie von der Diaphyse auf die Wucherungszone des Knorpels übergreifen kann.

Hinsichtlich der Blutungen hält es der Autor für sehr wahrscheinlich, dass bei deren Entstehung an den langen Röhrenknochen und an den Rippen Fracturen und Infractionen eine sehr wesentliche Rolle spielen und sucht diese Ansicht an der Hand der Sectionsbefunde zu beweisen.

Bezüglich der Natur der bei Morb. Barlow auftretenden Knochenveränderungen unterliegt es keinem Zweifel, dass die Erkrankung unabhängig von angeborener Syphilis entsteht. Auch ist Sch. ferner der Ansicht, dass sie von der Rhachitis unabhängig ist. Nicht von der Hand zu weisen sei dagegen die Möglichkeit, das es sich um eine scorbutische Affection handele und auch die Hypothese, dass der Morbus Barlow durch Bakterien hervorgerufen werde, wird durch den Umstand, dass auch Sch. bei seinen Kulturversuchen keine Bakterien gefunden hat, die er hätte als specifisch ansehen können, nicht ohne weiteres hinfällig, da es sich um Bakterien handeln könnte, die sich mit unseren jetzigen Untersuchungsmethoden nicht nachweisen lassen.

Gesundheitspflege.

Körperliche und geistige Früh- und Spätentwicklung. Von Dr. Baur. (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1899, No. 12,

Alle geistig auffallend frühreifen Kinder sind pathologisch angelegt. Entweder hat bei ihnen das Nervensystem schon in zarter Jugend Erschütterungen erfahren, oder es ist durch Vererbung besonders reizbar. Der körperlichen Hyperästhesie entsprechend giebt es auch eine geistige. Sie ist wie die körperliche ein Reizzustand und schlägt unter ungünstigen Umständen leicht in Erschlaffung und Lähmung um. Es ist deshalb falsch, wie es leider so oft geschieht, durch besonders complicierte Fragestellungen, sowie durch übertriebenes Lob diese Kinder noch mehr zu überreizen.

Die Schule, nicht minder die häusliche Erziehung, haben solchen Wunderkindern gegenüber die Aufgabe, ihre Phantasie und übersprudelnde Verstandesthätigkeit durch Pflege körperlicher Spiele etc. möglichst abzulenken. —

Unter körperlicher Frühreife versteht man im engeren Sinne die frühzeitige Entwicklung der Geschlechtssphäre. Solche Kinder vom Schulunterricht ganz auszuschliessen, wäre zu weit gegangen, doch wird man, besonders bei Mädchen, mit Rücksicht darauf, dass vieles Sitzen Blutstockungen in den Beckenorganen veranlasst, darauf halten, dass sich die Kinder öfters im Freien ergehen und körperliche

Digitized by Google

Uebungen treiben. Zu den körperlich schwachen Kindern sind nicht nur die Schwächlinge, sondern auch die mit einem chronischen Leiden Behafteten zu rechnen. Viele bedürfen des gänzlichen Ausschlusses aus der Schule, andere nur einer teilweisen Einschränkung des Schulbesuches. Bei letzteren müssten Arzt und Lehrer gemeinschaftlich diejenigen Unterrichtsfächer feststellen, von denen das Kind zu befreien ist. Zweckmässig wäre es auch, pathologische Klassen einzurichten, in denen dahin gehörige Kinder unter einem dazu befähigten Lehrer unterrichtet werden. Mehr als 20 Schüler dürfte eine solche Klasse nicht umfassen. Auch die Krüppel sind, wie das schon in Norwegen geschieht, in gesonderten Klassen unterzubringen. Nicht weniger erforderlich wären Sonderklassen für geistig inferiore Kinder. Hierbei unterscheidet man gewöhnlich vier Stufen: 1) den Blödsinn, 2) den nicht bildungsfähigen Schwachsinn, 3) den bildungsfähigen Schwachsinn, 4) die Schwachköpfigkeit. Für den Pädagogen kommen nur die letzten beiden in Betracht. Die bildungsfähigen Schwachsinnigen sind in besonderen Anstalten unterzubringen, die individualisirend Geist und Körper zu bilden haben, ersteres vorzugsweise durch Anschauungsunterricht, letzteres durch Gymnastik. Günstigere Erfolge giebt die individuelle Behandlung der Schwachköpfigen, deren es eine gewisse Zahl ja in jeder Schule giebt. Mit den anderen Kindern können sie nicht mitkommen, im Gegenteil, sie verlieren an Selbstvertrauen und kommen immer mehr zurück. Ganz anders verhalten sie sich, wenn sie in schwachbelegten Sonderklassen unterrichtet werden. Da giebt es fast durchweg überraschend günstige Erfolge. Deutschland zählt gegenwärtig über 200 solcher Schulen. Manchmal giebt es unter den sehr begabt scheinenden Schülern solche, die nur bis zu einer gewissen Stufe mitkommen, dann aber zu versagen beginnen und bei überstrenger Anwendung der Zuchtmittel bis zu geistig Inferioren herabsinken. Solche Kinder frühzeitig richtig zu beurteilen, ist für den Lehrer ausserordentlich schwierig. Charakteristisch sind bei ihnen gewisse Gemütsveränderungen: sie sind auffallend reizbar, eigensinnig, häufig grausam, andere weichherzig, wieder andere teilnahmslos; manche sind zu ruhig, manche auffallend unruhig, in fortwährender Bewegung. Auch diese Kinder gehören in die Sonderklassen.

Der Unterricht der geistigen Schwächlinge wird vom Lehrer nur dann erspriesslich geleitet werden können, wenn er vom Arzt beraten wird. Aber auch die Eltern müssten bezüglich der Behandlung im Hause Winke erhalten, damit nicht das in der Schule mühsam Gewonnene gestört wird.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Rezensionen.

Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase. Von Dr. L. Brandt. Heft 1. Defekte und Phosphornecrose. Mit 14 Abbildungen im Text. Berlin, Aug. Hirschwald, 1899. Preis 1 Mk. 60 Pf.

Digitized by Google

Verf. geht von der Ansicht aus, dass Missbildungen auf Einflüsse der Eltern, also auf ererbte Anlage, zurückzuführen seien, und nicht auf zufällige Störungen des Fötus. Er geht näher auf die Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, den Wolfsrachen, ein, indem er zunächst in historisch-kritischer Uebersicht die verschiedenen plastischen Operationen vorführt, welche zur Ausbildung des Defektes dienen sollten, um zuletzt mit Hueter zu behaupten, „dass die prothetische Ergänzung durch Obturatoren den Ergebnissen der plastischen Kunst überlegen sei." Es folgt eine geschichtliche und kritische Vergleichung der verschiedenen Obturatoren, welche feststellt, dass die von dem Verf. erfundenen Blasen-Obturatoren sich in schwierigsten Fällen am besten bewährt haben. Als Praktiker dürfte er wohl beanspruchen, dass sein Rat gehört werde, dass nämlich die Chirurgen sich unter schwierigen Verhältnissen vorher mit dem Prothetiker besprechen, dass nicht dieser p. operationun ungünstigere Umstände vorfinde und gar der status quo ante wieder hergestellt werden muss.

In Th. II tritt Verf. lebhafter für sofortigen Ersatz bei erworbenen Verletzungen (Schuss, Stoss, Schlag, Sarcom etc.) ein und begründet durch Anführung einer Anzahl von Fällen diese These mit Wegfall narbiger und knöcherner Verwachsungen. Der Praktiker wird nur beipflichten.

Th. III. Erworbene Defekte auf konstitutioneller Basis. Behandelt die bekannten syphilitischen Einschmelzungen am Oberkiefer und ihren Ersatz.

Th. IV. Phosphornekrose. Verf. geht von der jetzt allgemein herrschenden Ansicht aus, „dass der Weg, den die Fäulnisgifte wandern, entweder der eines kariösen oder auch eines gesunden Zahnes ist, dessen Alveole von ossifizierender Ostitis und Periostitis befallen ist" und bemängelt eifrig das Fehlen regelmässig wiederkehrender zahnärztlicher Untersuchung. Ein frühzeitiges radikales Eingreifen des Messers und Meissels ist bei erkannter Krankheit das Beste. Darauf hat sofort das Einsetzen des künstlichen Ersatzes zu folgen. — Die Abbildungen sind klar und die reichlich angeführte Litteratur gestattet bequem eine Kontrolle der Schlussfolgerungen. Das Heft ist flott und instruktiv geschrieben. Merkwürdig berührt neben anderen seltenen Fremdwörtern das Wort „Contreguss".

Wille-Worms.

Zur Lösung des Problems der Heilbarkeit der Lungentuberkulose. Von Dr. S. Carossa. München, Seitz und Schauer, 1899. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Das Problem ist nach Verf. als gelöst zu betrachten und zwar durch die Anwendung des Pilocarpins als antihyperämischen Mittels; die expectorirende Wirkung des Pilocarpius ist nur secundär. „Während sonst die Aufhellung der Dämpfung als Folge der Heilung gilt, ist sie bei dieser Therapie das Primäre." „Ist das Gewebe der Lunge normal gemacht und dadurch der sumpfige Boden, auf dem der Koch'sche Bacillus gedeihen konnte, trocken gelegt, so erfüllt sich ja die Forderung der Bazillenvernichtung ganz von selbst." (Mit spielender Leichtigkeit? Ref.)

Die Resultate würden noch bessere sein, wenn Verf. nicht

Digitized by Google

mit Ortsentfernungen, Vorurteilen und begreiflichen und notwendig sich einstellenden Gegeneinflüssen zu thun gehabt hätte, wie es ja eigentlich nicht anders sein konnte. (Immer noch die so oft gerügte Verkennung des Genies. Ref.)

Wenn Pilocarpin allein wohl eine Besserung des physikalischen Befundes, aber keine Besserung des Appetits, der Ernährung, also des Allgemeinzustandes zuwege brachte, gab Verf. das wirksame Princip der Condurango, welches den schönen Namen Eugastrin führt und in derselben Apotheke angefertigt wird, woselbst auch Dr. Carossa's Antihyperäminpillen zu haben sind.

Verf. hat den Hauptteil der Schrift als zwei Artikel in einem Münchener Fachblatte veröffentlicht gehabt. Er hält es nicht der Mühe wert, eine Umarbeitung und Verschmelzung mit nachträglichen Auslassungen vorzunehmen, sondern giebt diese als Kommentare.

Köppen-Norden.

Das erste Lebensjahr in gesunden und kranken Tagen. Von Dr. F. Fischer. Jena, Gustav Fischer, 1899. Preis 1 M. 20 Pf.

Obgleich es an populären Werken über die Pflege und Ernährung der Kinder im ersten Lebensjahr nicht mangelt, so dürfte das vorliegende Büchelchen dennoch Müttern und Kinderpflegerinnen recht anzuempfehlen sein, denn es gehört sicher zu den besseren seines Genres und dürfte auch dem angehenden Arzte manch wertvollen Wink für die Kinderpraxis erteilen. S.

Erlebtes und Erstrebtes. Für die Jugendzeit. Von Dr. Edm. Rothe. Bremen, Diercksen & Wichlein, 1899.

In vorliegenden Lebenserinnerungen giebt ein älterer angesehener Arzt eine zweite Artikelreihe seiner in Memoirenform geschriebenen Biographie heraus. Durchweg flott und interessant geschrieben, wird das Werkchen nicht ohne Interesse auch von den Kollegen gelesen werden. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. Vorläufige Mittheilung von Stöltzner.

S. hat sich seit über einem Jahre die Rachitis mit Nebennierensubstanz behandelt und fasst seine an 76 Kranken gewonnenen Erfahrungen in folgende Sätze zusammmen:

1. Ausgezeichnet beeinflusst wird das Allgemeinbefinden, die Unruhe, die Empfindlichkeit, die Schweisse, die vasomotorische Erregbarkeit, und ganz besonders auch die Craniotabes. Häufig werden die genannten Symptome schon in 1—2 Wochen wesentlich gebessert.

2. Das Durchbrechen der Zähne und die Erlernung des Sitzens, Stehens und Laufens wird durch die Behandlung deutlich befördert; auch verliert sich die Weichheit des Thorax oft schnell.

3. Die Grösse der Fontanelle, die Deformität des Thorax, der Rosenkranz und die Epiphysenschwellungen werden weniger beeinflusst.

Digitized by Google

4. Der Glottiskampf widersteht der Behandlung fast immer hartnäckig.

5. Meist tritt in den ersten Wochen der Behandlung schnell eine erhebliche Besserung ein, die dann weiter langsam fortschreitet.

6. Bei Unterbrechung der Behandlung tritt gewöhnlich Stillstand der Besserung oder Verschlechterung ein.

7. Selbst in schwer complicierten Fällen (Lues, Darmkatarrh, Bronchitiden und Pneumonien) wird die Rachitis gewöhnlich sichtlich gebessert. (Deutsche med. Wochenschr. 99.)

Schnell-Egeln.

— „Hydromise" Watte zum Schutze des Mittelohrs gegen Feuchtigkeit bei perforiertem Trommelfell empfiehlt Knopf. Hat sich nach einer eitrigen Mittelohrentzündung die Perforation des Trommelfelles nicht geschlossen, so kann sehr leicht durch irgend welche Schädlichkeiten ein Recidiv auftreten; unter diesen nimmt das Eindringen von Wasch- oder Badewasser die erste Stelle ein. Das Baden zu verbieten, ist nicht hygienisch. Unsere gewöhnliche Wundwatte ist hydrophil. Die Methode, die Watte mit Oel oder Salbe zu bestreichen, hat auch mancherlei Schattenseiten. Die hydromise Watte ist nun eine solche, deren einzelne Fasern genügend Fett enthalten, um kein Wasser durchzulassen. Sie wird von der Verbandstofffabrik Gustav Lippmann in Einsiedel bei Chemnitz „fleischfarben" hergestellt. (Therap. Monatsh. 1899.)

Schnell-Egeln.

— Bei einem 36 Stunden alten Kinde mit Melaena neonatorum wandte Gutmann folgendes Verfahren an: Er liess 3 Blatt Gelatine in $^1/_4$ Liter Wasser einige Minuten abkochen und reichte nach der Abkühlung die Hälfte per Clysma, die andere per os. Gleich nach dem Clysma entleerte sich nochmals eine mächtige Menge Blut, das offenbar schon im Mastdarm bereit war. Daranf stand die Blutung, die Tags darauf folgenden Stühle hatten gesunde Rühreibeschaffenheit. Das Kind genas. (Therap. Monatsh. 1899.)

Schnell-Egeln.

— Zur Behandlung der Diarrhoe mit Tannigen. Von Cronkhill.

Verf. hatte während einer Ruhrepidemie Gelegenheit, die Wirkungen des Tannigens zu erproben. Er gab es 23 Patienten, hauptsächlich Kindern, je nach dem Alter 0,5—1,0 g alle drei bis vier Stunden, in wenigen Fällen unter Beigabe von 0,05—0,1 g Calomel. Nur in zwei Fällen blieb der Erfolg aus, bei allen andern sistierten die blutig-schleimigen Stühle schon nach wenigen Dosen von Tannigen und war die Behandlungsdauer eine auffallend kurze. Verf. ist ein begeisteter Verehrer des Tannigens und empfiehlt es nach zweijähriger Prüfung als sicherstes und prompt wirkendes Mittel bei einfacher Diarrhoe und Dysenterie.

(Medical Review 1899.) Drews-Hamburg.

— Die Scrofulose und die Sool- und Seebäder. Von Torday.

Bei der Scrofulose sind drei Stadien zu unterscheiden: Zurückbleiben der Ernährung und Entwicklung, entzündliche, scrofulöse Affektionen, lokale Tuberkulose. Die relative Häufigkeit der Affektion

Digitized by Google

beträgt ungefähr für das erste Stadium 10 Prozent, für das zweite 68 Prozent, für das dritte 22 Prozent; der Prozentsatz der Scrofulose überhaupt schwankt bis zu 10 Prozent. Sool- und Seebäder sind zur Behandlung der Krankheit sehr geeignet, da sie den Organismus kräftigen und den Stoffwechsel erhöhen; Heilungen wurden bis zu 91 Prozent beobachtet. Soolbäder sind vorteilhafter für blutarme, erethische, scrophulöse Kinder, sowie für solche mit ausgebreiteten nässenden Hautekzemen und lichtscheuen Augenentzündungen. T. bringt in Vorschlag, über die Verbreitung, Lokalisation und Heilungstendenz der Scrofulose eine amtliche Statistik anzulegen, ebenso über die Heilerfolge der Sool- und Seebäder. Die Gründung entsprechender Institute und Hospize ist anzustreben, und zwischen den permanenten Seehospizen und der Leitung der Kinderspitäler ist eine direkte Verbindung zu schaffen.

(Wien. med. Blätter 1900.)
Dr. Goldbaum-Wien.

— Die neueren Phasen des Molkereiwesens und der Säuglings-Ernährung von Liebig bis Backhaus, Von L. Fürst. — Verf. giebt einen kritischen Ueberblick über dieses Thema und empfiehlt, gestützt auf eigene Erfahrung, als bestes Ersatzmittel der Muttermilch das von Backhaus empfohlene Verfahren. (Therap. Monatsh. 99.)

Behrens-Karlsruhe.

Kleine Mitteilungen.

Der 18. Congress für innere Medizin findet v. 18. bis 21. April in Wiesbaden unter dem Vorsitze von Prof. v. Jaksch (Prag) statt. Als Hauptthemata sollen zur Verhandlung gelangen: 1) Die Behandlung der Pneumonie. Reff. v. Korányi (Pest) und Pel (Amsterdam). 2) Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. Ref. Litten (Berlin). Ausserdem sind schon eine Reihe von Vorträgen aus dem Gebiete der inneren Medizin zur Anmeldung gelangt. Anmeldungen für weitere Vorträge, sowie für die mit dem Congresse verbundene Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten, soweit sie für die innere Medizin Interesse haben, sind an S.-Rath. Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstrasse 13, zu richten. —

Die von der Verlagsbuchhandlung Osc. Coblenz in Berlin herausgegebenen Prof. Cohn'schen Täfelchen zur Prüfung feinen Farbensinns (Preis 1,20 Mk.) sind für Aerzte sowie für Lehrer und überhaupt solche, die Massenuntersuchungen zur Prüfung des Farbensinns vornehmen wollen, ein sehr einfaches und sicheres Mittel. Durch dieselben werden die oft unzuverlässigen, zeitraubenden und auf subjektives Urteil gegründeten Wollproben bei Massenprüfungen ausgezeichnet ersetzt.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **April 1900.** **Heft 4.**

Inhalt: Originalien: **Tripke,** Eine neue Kinderseuche in Coblenz und Umgebung. 73. — **Hille,** Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium, 81. — Referate: **Labbé,** Soor. 84. — **Hilbert,** Streptokokken und Anginen, 85. — **v. Ammon,** Augeneiterung der Neugeborenen. 86. — **Marton,** Retropharyngealabscess. 87. — **Thiemich,** Imbecillität, 87. — **Rende,** Alkoholismus. 89. — **Bloch,** Pemphigus, 90. — **Rubner** und **Heubner,** Künstliche Ernährung, 91. — Rezensionen: **Brandt,** Klinik der Krankheiten der Mundhöhle, Kiefer und Nase. Heft 2. 94. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 95. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis. 96. — Kleine Mitteilungen. 96.

Ueber eine neue Kinderseuche in Coblenz und Umgebung.

Von Dr. med. **A. Tripke,** Specialarzt für Kinderkrankheiten in Coblenz.

Ende Januar und den ganzen Monat Februar hatte ich Gelegenheit, unter den Kindern von Coblenz und dessen Umgebung eine grössere Epidemie einer bis jetzt fast gänzlich unbekannten Krankheit zu beobachten; denn soviel mir bewusst ist, liegen bis jetzt erst aus den letzten Jahren zwei Berichte über eine „neue" infectiöse Kinderkrankheit vor (1. Zeitschrift für practische Aerzte, Jahrg. 8 No. 11, Seite 353 von Professor Dr. Georg Sticker und 2. Wiener klinische Wochenschrift No. 48, 1899 von Dr. Ad. Schmidt); diese stimmen sowohl unter einander im wesentlichen überein, als auch decken sie sich im Grossen und Ganzen mit meinen eignen Beobachtungen; ich halte jedenfalls nach den mir vorliegenden Berichten die im vorigen Jahre in Graz (Berichterstatter: Ad. Schmidt) und die in der Umgebung von Giessen (Berichterstatter: Professor Sticker) beobachtete „Kinderseuche" mit der hier in Coblenz im Anfang dieses Jahres herrschenden für vollständig identisch; ich komme später noch einmal speciell darauf zurück.

Digitized by Google

Da aber, wie ich in letzter Zeit erfahren habe, diese neue Krankheit nicht allein hier und in der Umgebung aufgetreten ist, sondern über ein noch weit grösseres Gebiet verbreitet gewesen zu sein scheint, so wird es wohl in aller Interesse liegen, für heute wenigstens ein genaues und erschöpfendes Bild der Krankheit selbst und ihres Verlaufes während der hiesigen Epidemie zu geben, da sie vielleicht schon in wenigen Jahren zu einer schweren allgemeinen Plage werden kann.

Es bot sich meist folgendes Krankheitsbild: In völligem Wohlbefinden — in fast allen Fällen hatte nur tagsüber eine leichte Diarrhoe bestanden — legten sich die Kinder zu Bett; in der Nacht wachten sie plötzlich auf, verlangten stürmisch zu trinken, und die Eltern bemerkten an den heissen Händen und dem glühendem Kopf, dass die Kinder stark fieberten. Die Unruhe und der brennende Durst hielten die ganze Nacht über an. Früh am Morgen wurde ich gerufen. Gleich beim Eintritt in das Krankenzimmer bemerkte ich auf den ersten Blick, dass ich schwerkranke Kinder vor mir hatte. Bei der Untersuchung fand ich dann einen beide Wangen bedeckenden, hochroten, brennenden, ziemlich scharf gegen die Umgebung abgegrenzten, mit breiten, blässlichen Quaddeln durchsetzten Ausschlag, der unter sich innig zusammenhing d. h. keine gesunde Haut zwischen sich liess. Nach dem Entkleiden zeigte sich auch auf der Brust ein rosenroter Ausschlag, der durch Flecken von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse gebildet wurde; zum teil standen diese Flecken isoliert in der gesunden Haut, meist waren sie jedoch breit oder durch zärtere oder stärkere Ausläufer mit einander verbunden, so dass die Brust ein fleckiges, wie marmoriertes, landkartenähnliches Aussehen gewann; jedenfalls war auffällig, dass die einzelnen fleckartigen Eruptionen auf der Brust nicht so dicht bei einander standen, wie auf den Wangen, so dass es für das Auge den Eindruck machte, als wäre der Ausschlag auf der Brust — wenn ich so sagen darf — mehr auseinandergezogen. Die übrige Körperoberfläche zeigte unveränderte Haut; es bestand meist kein Schnupfen; die Mund- und Rachenschleimhaut zeigten keine Veränderungen; die Lymphdrüsen waren nicht geschwellt; die Untersuchung der Lunge und des Herzens ergab einen durchaus negativen Befund; keine Milzschwellung, weicher nicht aufgetriebener Leib; und doch bestand bei Messung per rectum eine Temperatur von 40—41°, Puls 160—180.

Im Laufe der nächsten und übernächsten Tage hatte sich dann der Ausschlag auch über den Leib, den Rücken und die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten ausgebreitet; während Leib und obere Extremitäten regelmässig mitbefallen wurden, blieben der Rücken und die unteren Extremitäten öfters davon verschont; die Stirne und die Schläfe wurden, wenn sie überhaupt von dem Ausschlag befallen wurden, zuletzt ergriffen oder, was ich aber nur zweimal zu beobachten Gelegenheit hatte, sie bedeckten sich gleichzeitig mit den Wangen, und dann war der Verlauf der ganzen Krankheit ein langwierigerer und schwererer als gewöhnlich. Zwar wurden auch in einer ganzen Reihe von Fällen die Beugeseiten der Extremitäten befallen, aber dann bestand der Ausschlag nur aus ganz

Digitized by Google

feinen, kaum sichtbaren roten Linien; jedenfalls immer ganz frei blieben Hals, Haarboden, Gesäss, vola manus und planta pedis.

Noch muss ich die Configuration des Ausschlages auf Leib, Rücken, Extremitäten und Stirn erwähnen. Hier war fast nichts mehr von einer diffusen Röte zu sehen, sondern hier bestand der Ausschlag in zierlichen, roten Netzen und Gittern, die die erwähnten Körperteile überzogen und die höchstens an ihren Kreuzungspunkten kleine rote Fleckchen bildeten; auch zeigte, besonders an der Stirn, die ganze zwischen den Gittern liegende Haut ein bläuliches Kolorit; wenn ich bei dem oben gebrauchten Bilde bleiben kann, als ich den Unterschied zwischen dem Ausschlag auf den Wangen und dem auf der Brust erläuterte, so gewann man jetzt den Eindruck, als ob der Ausschlag noch weiter auseinandergezogen wäre, als auf der Brust.

Zwischen dem ersten Auftreten des Ausschlages bis zu seiner letzten Verbreitung verflossen in der Regel zwei bis drei Tage; während dieser ganzen Zeit bestand fast völlige Appetitlosigkeit, stets Fieber zwischen 40° und 41°, kurz, das Bild einer schweren Erkrankung.

Dann blasste der Ausschlag, indem er ein mehr schmutziggraues Aussehen annahm, am ganzen Körper gleichzeitig allmählich ab, um in wiederum zwei bis drei Tagen meist gänzlich verschwunden zu sein; dabei ging gleichzeitig die Temperatur allmählich herunter bis zur Norm. Doch hielt in einigen Fällen das Fieber auch nach gänzlichem Verschwinden des Ausschlages noch ein paar Tage an, ohne dass es mir gelang, die geringste Erklärung hierfür zu finden.

Einige Male habe ich auch einen kritischen Abfall der Temperatur mit plötzlichem Verschwinden des ganzen Ausschlages beobachten können.

Während des Abblassens des Ausschlages bestand keine Abschilferung der Haut, noch blieb eine Pigmentierung zurück.

In der ganzen Zeit der Erkrankung — Erscheinen und Verschwinden des Ausschlages, also meist 4 bis 6 Tage, selten länger — trat auch nicht die geringste nachweisbare Complication von seiten irgend eines inneren Organs auf. Dagegen waren selbst vorher blühend aussehende Kinder nach überstandener Krankheit erschreckend abgemagert und zeigten ein beängstigend chlorotisches Aussehen; Kinder, die schon im zweiten oder dritten Monat liefen, waren noch nach Wochen zu schwach zum Gehen oder Stehen; am schwersten herunter kamen rhachitische Kinder, deren es leider hier einen sehr grossen Procentsatz giebt.

Ich will nun noch einige Besonderheiten in dieser Epidemie hervorheben:

In zwei Fällen wurde das Auftreten des Ausschlages und die jeweiligen Nachschübe auf Leib und Extremitäten mit Convulsionen eingeleitet. Viermal erlebte ich Recidive, obgleich die Kinder — mit einer Ausnahme — noch streng zu Haus gehalten worden waren; zwei genasen davon innerhalb acht Tagen; die beiden anderen liegen noch jetzt krank darnieder, eines an eines schweren haemorrhagischen, das andere an einer katarrhalischen Nephritis.

Dreimal trat der Ausschlag am zweiten Tage einer schon be-

Digitized by Google

stehenden Pneumonie auf; in einem Falle bei einem sehr starken anderhalbjährigen Knaben, trat nach äusserst stürmischem Krankheitsverlauf am achten Tage Genesung ein; die beiden anderen Fälle endeten letal an Herzschwäche; das eine Mal, bei einem drei Monate alten Kinde, trat der Exitus schon am zweiten Tage nach Erscheinen des Ausschlages ein, das andere Mal bei einem äusserst kräftigen Jungen von zwei Jahren am 13. Tage: das Krankheitsbild bei letzterem war ein äusserst schweres; es bestand fast die ganze Zeit über Somnolenz.

Bei einigen Familien mit drei Kindern, die nach einander vom Ausschlag befallen wurden, konnte ich eine Abschwächung des bei dem zuerst Befallenen noch schweren Krankheitsbildes beobachten, so zwar, dass der Ausschlag in keiner Weise an Stärke oder Characteristik eingebüsst hatte, dass aber die ihn sonst stets begleitenden hohen Temperaturen wesentlich niedriger waren, ja bei dem zuletzt befallenen Geschwisterchen oft gar kein Fieber mehr bestand; auch waren die oben erwähnten schweren, die ganze Constitution des Kindes in Mitleidenschaft ziehenden Erscheinungen nach Ablauf der Krankheit bei dem zuletzt befallenen Kinde kaum noch ausgesprochen.

Ich habe nie den Ausschlag bei Erwachsenen auftreten sehen, dagegen öfters bei Säuglingen: sonst war das Alter von ein bis drei Jahren am meisten vertreten.

Soweit meine eignen Beobachtungen der Krankheit selbst und deren Verlauf während der noch jetzt hier herrschenden Epidemie.

Nun noch einige Worte über die beiden schon im Anfang erwähnten Berichte von Ad. Schmidt aus Graz und Prof. Sticker aus Giessen, von denen mir der letztere im Original, der erstere im Referat vorliegt.

Sticker giebt folgendes Krankheitsbild bei der von ihm in der Umgebung von Giessen beobachteten Seuche[1]):

Ohne jegliche Vorboten oder nach einem mehrtägigen Schnupfen, seltener nach leichten Schlingbeschwerden erschienen ohne Fieber oder unter geringen Fieberbewegungen auf den Wangen grosse rote Flecke oder symmetrische Quaddeln mit rotem Hof, welche leicht jucken, mitunter stärker brennen, oft gar nicht oder kaum gefühlt werden. Weiter treten über den Vorderarmen und Unterschenkeln, über dem Stamm, über Stirn und Schläfen kleine runde Roseolen oder grössere Flecke, Ringe und Guirlanden auf, welche nach wenigen Stunden ihres Bestehens oder bis zum folgenden Tage sich über die Hautfläche kaum merklich erheben. Haarboden und Hals, Finger und Zehen und die Gesässgegend bleiben auch bei der stärksten Ausbreitung beinahe ganz frei; Ellenbogen, Knie, Brust und Bauch werden in geringerem Maase befallen, als die übrigen Teile. Am reichlichsten stehen die Flecken auf den Streckseiten der Gliedmassen, an den Schultern und Hüften, an den Hinterbacken bis zu der Fläche, welche beim Sitzen aufliegt.

Meistens verfliessen zwischen dem ersten Erscheinen des Erythems im Gesicht und seiner letzten Verbreitung zwei bis fünf Tage;

[1]) Referat Schnell-Egeln. „Kinderarzt" X. Jahrgang, Heft 9.

Digitized by Google

seltener verharrt das Erythem an einzelnen Stellen, besonders an den Armen, viele Tage bis in die zweite Woche hinein.

Alle sichtbaren Schleimhäute bleiben fast stets unverändert, ebenso die Lymphdrüsen. Ueberhaupt verläuft das Exanthem unter völligem Wohlbefinden, welches höchstens durch ein mässiges Spannen oder Jucken in der Haut gestört wird. Es verschwindet spurlos ohne Abschilferung, um höchstens eine schwache, bräunliche Verfärbung der Haut, besonders an den Wangen, für einige Zeit zu hinterlassen.

Ad. Schmidt, der in Graz neben einer Rötheln-Epidemie gleichzeitig eine Epidemie der in Rede stehenden „neuen" Krankheit sah, beschreibt dieselbe folgendermassen[2]):

Das augenfälligste Symptom ist ein polymorpher, fleckiger Ausschlag, der zuerst und immer an den Wangen zum Vorschein kommt, später auch an der übrigen Gesichtshaut, und der eine Neigung zur Confluenz zeigt. Am Rumpf und ad nates zeigt das Exanthem landkartenförmige Zeichnung, an den Extremitäten gewöhnlich die Form zierlicher Gitter und Netzwerke. Das Erythem verschwindet nach 8—10 Tagen ohne Hinterlassung einer Pigmentierung. Anderweitige Krankheitserscheinungen und subjectives Krankheitsgefühl fehlen oder sind ganz geringfügig.

Diese beiden Berichte stimmen also untereinander fast gänzlich überein und decken sich auch mit meinen eigenen Beobachtungen, wenigstens was die Configuration des Exanthems betrifft, wenn auch in der Lokalisation einige kleine Differenzen obwalten. Jedenfalls muss ein Jeder den Eindruck gewinnen, wenn er sich nur das Bild des Ausschlages an und für sich vor Augen führt, dass es sich in allen drei Fällen um dieselbe Krankheitserscheinung handelt d. h., dass das specifische Bild des Ausschlages in Graz, Giessen und Coblenz dasselbe war.

Der einzige, aber auch wesentliche Unterschied zwischen jenen beiden Berichten und der hier in Coblenz herrschenden Epidemie ist der, dass die Krankheitserscheinungen bei der Grazer Epidemie „ganz geringfügig" waren und bei der Giessener Epidemie unter „völligem Wohlbefinden" verliefen, während hier bei der Coblenzer Epidemie die Krankheit unter schweren Allgemeinerscheinungen auftrat — einmal das hohe Fieber, das andere Mal die nach Ablauf der Krankheit bestehende Kachexie. Dass es sich trotzdem in allen drei Städten um eine von ein und derselben Krankheit hervorgerufene Epidemie handelt, liegt bei mir ausser allem Zweifel; sind wir doch von anderen Infectionskrankheiten der Kinder her bald schwerere, bald leichtere Epidemien gewöhnt. Ich betone dies absichtlich so genau, weil ich schon jetzt darauf aufmerksam machen will, dass die neue Kinderseuche immer weiter um sich zu greifen scheint, so dass aus ihr vielleicht einmal eine ernstliche Gefahr erwachsen kann.

Die Infectiosität der neuen Krankheit, die auch Sticker und Schmidt als zweifellos ansehen, ist auch diesmal durch den ganzen Verlauf der Epidemie in Coblenz sicher gestellt, allerdings ist die Contagiosität bei weitem nicht so gross wie bei Masern oder Scharlach.

---

[2]) Referat Goldbaum-Wien. „Kinderarzt" XI. Jahrgang, Heft 1.

Digitized by Google

Es trat überall da, wo eine Trennung der Geschwister unmöglich war, besonders aber wenn zwei Geschwister in einem Bett schliefen, fast immer eine Uebertragung der Krankheit von einem zum andern auf; dagegen habe ich fast immer dadurch die anderen Geschwister vor Infection schützen können, dass ich streng verbot, sie das Krankenzimmer betreten zu lassen; so habe ich auch während der ganzen Zeit keine sogenannten bei Masern so häufigen Hausepidemien beobachten können. Leider sind wir hier in der Residenzstadt Coblenz noch nicht in der glücklichen Lage, einen Schularzt zu besitzen, dann wäre vielleicht noch viel mehr Klarheit in die hiesige Epidemie gekommen.

Der ganzen Configuration nach muss der in Rede stehende epidemisch auftretende Ausschlag in die Reihe der Erytheme gezählt werden, und zwar war es meist ein reines Erythema simplex seu hyperaemicum, zum Teil auch ein Erythema exsudativum. Der von Sticker und von Ad. Schmidt für die neue Krankheit gebrauchten Bezeichnung: „Erythema infectiosum" kann ich nur, da sie gut und treffend ist, beistimmen, möchte aber doch, da nun einmal ein Auftreten dieses Erythema teils mit, teils ohne Fieber festgelegt ist, und auch später wieder beide Formen in Erscheinung treten können, ein Erythema infectiosum febrile von einem afebrilen unterschieden wissen.

Da aber auch das Publikum gern einen deutschen Namen für die immer weiter um sich greifende Seuche haben möchte und sich wohl kaum mehr mit der Versicherung, dass es „weder Masern noch Scharlach" ist, zufrieden geben dürfte, möchte ich den Namen: „Kinderrotlauf" vorschlagen; dass es der beste nicht ist, weiss ich selbst, aber es ist wenigstens ein Name; dass man dabei auch nicht gleich an Erysipel zu denken braucht, versteht sich von selbst; dafür ist der deutsche Name „Rose" auch gebräuchlicher.

Was das von anderen Autoren beschriebene gehäufte Auftreten von Erythemen betrifft, so will ich mich heute nicht näher darüber äussern, sondern bitte darüber den in der Zeitschrift für praktische Aerzte Jahrgang 8 No. 11 Seite 353 erschienenen Artikel nachzulesen. Jedenfalls ist, wie ich auch in der Realencyclopädie von Eulenburg gefunden habe, Gall der einzige Autor, der von einem epidemieartigen Auftreten des Erythems und zwar in Bosnien spricht; leider waren die Angaben nicht so, dass ich mir den betreffenden Bericht verschaffen konnte.

Alle übrigen Autoren bestreiten ein epidemieartiges Auftreten des Erythems ganz entschieden und räumen höchstens ein „gehäuftes Auftreten in Frühjahr und Herbst" ein.

Werfen wir zur Sicherung der Diagnose: Erythema infectiosum febrile noch einen Blick auf die anderen sogenannten akuten Exantheme des Kindesalters: Röteln, Masern, Scharlach, so kann man die letzteren wohl ohne weiteres ausser Betracht lassen, da es eben Masern- oder Scharlachepidemien ohne jegliche Beteiligung der Schleimhäute und des Respirationstractus doch wohl nicht giebt, ganz abgesehen von dem grossen Unterschied in der Form des Ausschlages, und dem Umstand, dass einige kleine Patienten in dieser

Digitized by Google

Epidemie schon voriges Jahr unter meiner Behandlung Masern überstanden hatten.

Es bleiben dann nur noch die viel umstrittenen Röteln. Entspricht nun auch der leichte Verlauf der Erythemepidemien in Graz und Giessen eher dem der Röteln, so giebt es aber, wie Seitz im Correspondenzblatt der Schweizer Aerzte XX 1890 beschreibt, auch eine „schwere" Form der Röteln. Indess die Form und die ganze Configuration des Ausschlages bei dem „Kinderrotlauf" schliesst bei genauer Untersuchung eine Verwechslung mit Röteln ganz sicher aus; denn auch die Röteln — ich halte sie auch wie jetzt wohl die meisten Autoren für eine Krankheit sui generis — zeigen einen ganz charakteristischen, selbst mit Masern nicht leicht zu verwechselnden Ausschlag — und das sind die auch von Henoch speziell als typisch angegebenen „kleinen roten Stippchen", während es sich bei Masern um „sehr flache Stippchen (Papeln)" handelt. Jedenfalls gewinnt man bei dem Rötelnausschlag den Eindruck, als ob die Stippchen höher wie breit wären, während sie bei den Masern eine bedeutend breitere Basis als Höhe aufweisen. Ich erinnere mich nicht, dass jemand schon auf diesen Unterschied direkt aufmerksam gemacht hat.

Dass die neue Kinderseuche keine Form der Röteln ist, beweist ja am besten der Bericht von Ad. Schmidt, der in Graz eben neben einer Röteln-Epidemie eine Epidemie des Erythema infectiosum afebrile streng aus einander zu halten vermochte; auch ich habe zufällig in den letzten Tagen Fälle von echten Röteln in Behandlung bekommen und konnte sie mühelos von dem Kinderrotlauf trennen.

Noch eine Krankheit möchte ich kurz in den Bereich der Differentialdiagnose ziehen — die Influenza, die auch hier gegenwärtig ziemlich stark auftritt. Es ist ja bekannt, dass die Influenza grade im Kindesalter von „masernähnlichen" Ausschlägen begleitet ist. Aber sollte man deshalb, weil in einer Stadt nun gerade einmal die Influenza herrscht, alle die Krankheitserscheinungen, die man sich nicht deuten kann oder will, mit oder ohne Ausschlägen, ohne weiteres in den grossen, alles geduldig aufnehmenden Topf der Influenza werfen? Dem Publikum ist ja meist damit Genüge gethan; aber dem denkenden Arzt?

Auch ich habe natürlich während der hiesigen Influenzaepidemie Kinder mit dieser Erkrankung zu behandeln gehabt, aber nie fehlten die Erscheinungen von seiten des gastro-intestinalen oder Respirations-Tractus, Erscheinungen die bei dem Erythema infectiosum febrile eben absolut nicht zu finden waren; dagegen habe ich bei den wirklich an Influenza erkrankten Kindern keinen Ausschlag gesehen.

Ich erwähnte bereits mehrmals oben, dass die neue Kinderseuche nicht nur auf Coblenz und Umgebung beschränkt geblieben ist, sondern auch weitere Bezirke unserer Provinz ergriffen hat und dadurch unser Interesse noch mehr in Anspruch nehmen muss.

So wurde mir von einem Kollegen aus einem Ort, ungefähr 20 km von Coblenz entfernt, Anfang Februar ein vierjähriges Mädchen zugeschickt, bei dem der Kollege, wie mir der Vater berichtete, einen

Digitized by Google

Herzfehler vermutete, und das ich daraufhin nachuntersuchen sollte. Das Kind war seit vier Tagen krank und zeigte bei der Untersuchung den typischen Ausschlag des Erythema infectiosum in voller Blüte; Temperatur 40,3 Grad; es bestand kein Herzfehler; es liess sich überhaupt keine pathologische Veränderung eines Organs nachweisen. Auf weitere Fragen erfuhr ich, dass das Kind seit vier Tagen fast nichts zu sich genommen hätte und dass ihm, wie der Vater sich drastisch ausdrückte, in den paar Tagen das Fleisch so zu sagen von den Knochen gefallen wäre.

Ende Februar hatte ich den liebenswürdigen Besuch von Kollege Schmidt in Threiss an der Mosel (ungefähr 40 km von Coblenz entfernt); er erwähnte im Laufe des Gesprächs, dass er in letzter Zeit eine unverhältnismässig grosse Anzahl von Kindern in Behandlung gehabt hätte, die sehr stark fieberten, ohne dass sich dafür irgend ein Grund durch Veränderungen der inneren Organe nachweisen liesse; zwar hätte er an den Wangen, der Brust und den Extremitäten einen bis jetzt von ihm noch nicht gesehenen Ausschlag bemerkt, da er aber weder für Röteln, Masern oder Scharlach charakteristisch war, konnte er sich diese Krankheitserscheinungen gar nicht erklären; auch ist ihm die Kachexie der Kinder nach überstandener Krankheit aufgefallen; von derselben rätselhaften Epidemie hätte er auch von andern Kollegen in der Umgebung von Threiss gehört.

Nach eingehender Rücksprache über die Form und das Wesen des Ausschlages zeigte sich eine genaue Uebereinstimmung mit der hier in Coblenz herrschenden Epidemie.

Interessant und beachtenswert sind auch des öfteren in den letzten Wochen in der hiesigen Tagespresse unter der Rubrik „Provinzielles" erscheinende Berichte, die uns meist mit einer ähnlichen Neuigkeit wie die folgende überraschen: „N. Die Influenza, die allenthalben auftritt, hat auch hier viele Leute aufs Krankenlager geworfen; in manchen Häusern liegen zwei, drei und mehrere Personen krank; bei den Kindern tritt die Krankheit mit eigenartigen Complicationen auf. Bei ihnen ist sie vielfach mit Augenentzündung und Ausschlägen verknüpft." Sollten die erwähnten eigenartigen Complicationen d. h. der ausdrücklich hervorgehobene Ausschlag bei näherer Beleuchtung nicht vielleicht auch ein Erythema infectiosum gewesen und nur von dem Berichterstatter in den grossen Influenzatopf geworfen worden sein?

Zum Schluss noch ein Wort über die Therapie; sie beschränkte sich nur auf Herabsetzen des Fiebers und Aufhalten der beginnenden Kachexie. Gegen das erstere liess ich je nach Höhe des Fiebers halbstündlich bis stündlich Priessnitzsche Umschläge machen; vor und nach jedem Umschlag wurde ein Löffel Tokayerwein gereicht. Die Umschläge wurden nur in den Nachmittagsstunden angelegt, ev. nachts ein bis dreimal erneuert, vormittag setzte ich mit den Umschlägen aus, liess aber auch Säuglingen reichlich Tokayerwein geben. Ut aliquid fiat, verschrieb ich eine Natron bicarbonicum-Lösung mit etwas Liquor Amonii anisati.

Aeusserst günstig, besonders um die eintretende Kachexie aufzuhalten, wirkt die in Dosen von einem halben bis einen ganzen

Digitized by Google

Theelöffel pro die gereichte von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld hergestellte Eisen-Somatose (Ferro-Somatose); ich habe sie zum Schluss nicht erst nach überstandener Krankheit, sondern direkt vom ersten Krankheitstage an reichen lassen und sah davon vor allem die wesentliche Wirkung, dass die völlige Appetitlosigkeit sich erheblich besserte und dass dadurch im Verein mit der Eisensomatose an sich die sonst unvermeidliche Schwäche und Kachexie nach überstandener Krankheit in erheblichem Masse vermindert wurde. Da die Eisen-Somatose infolge ihrer Geschmacklosigkeit von Kindern auch ohne Sträuben genommen wird, hat sie mir bei der hiesigen Epidemie des Erythema infectiosum febrile sehr gute Dienste geleistet.

Nachtrag: Ich habe in den letzten Tagen, während ich diesen Bericht schrieb, noch eine Reihe von neuen Fällen mit dem Erythema infectiosum febrile in Behandlung bekommen, bei denen einzelne auch an den Extremitäten, besonders den Unterarmen, die sonst nur an den Wangen beschriebene diffuse, brennende Röte zeigten, während gerade die Brust mit den sonst nur auf dem Leib und den Extremitäten beschriebenen zierlichen Gittern und Netzen bedeckt war; doch zeigte sich diese diffuse Röte nur an den Streckseiten. Mit dieser Berichtigung komme ich dem von Sticker in einem Orginalbericht in der Zeitschrift für praktische Aerzte entworfenen Bilde über die Verbreitung des Ausschlages an den Extremitäten noch etwas näher.

Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium.

Von Dr. Hille-Kolberg.

Man hat wohl von einer prophylaktischen Behandlung der Rhachitis gesprochen. Davon kann meines Erachtens keine Rede sein, da wir über die Aetiologie dieser Krankheit noch völlig im Dunkeln sind. Das Einzige, was wir mit Sicherheit behaupten können, ist, dass Kinder, die an der Mutter- oder Ammenbrust ernährt werden, unverhältnismässig viel seltener daran erkranken, als künstlich ernährte Kinder. Darum könnte man in dem Sinne nur den einen Rat geben, Säuglingen die Wohlthat einer natürlichen Ernährung zu verschaffen. Das wird aber auch in Zukunft nur allzu oft ein frommer Wunsch bleiben. Aber selbst, wenn dieser Rat befolgt würde, könnten wir für einen sicheren Erfolg nicht einstehen; denn nicht gar selten ehe Kinder an Rhachitis erkranken, die die Mutterbrust bekommen und selbst unter den denkbar günstigsten hygienischen Verhältnissen aufwachsen.

Um so mehr sind wir verpflichtet, bei jedem, auch bei dem anscheinend gesündesten Kinde darauf zu achten, ob sich Rhachitis entwickelt. Da ich mir das von vornherein zur Aufgabe gemacht habe, weichen meine Anschauungen von den fast allgemein vertretenen in wichtigen Punkten vielfach ab.

Nach meinen Erfahrungen entwickelt sich die Rhachitis fast immer ohne jegliche Vorboten. Es ist durchaus nicht richtig, dass

Digitized by Google

ein rhachitisches Kind schon im Anfangsstadium oder gar als Prodromalerscheinung in der Regel schlaffe, ungleichmässige Ernährung zeigt, anämisch werde, launischer, oft verdriesslicher Stimmung sei und häufig zu hartnäckigen Katarrhen der Athmungs- und Verdauungsorgane neige. Im Gegenteil beobachtet man nicht selten auch an Kindern, die als Muster der Gesundheit präsentiert werden, schon deutliche Spuren der Rhachitis. — Wenn man von einem Frühsymptom sprechen will, so kann man dahin allein die frühzeitig auftretenden kalten Schweisse, namentlich am Hinterkopfe rechnen.

Entgegenstehende Angaben werden mir dadurch erklärlich, dass fast alle Autoren, wenn sie sich überhaupt darüber auslassen, das Alter, in welcher die Rhachitis sich gewöhnlich zu entwickeln pflegt, zu hoch angeben. Nach meinen Beobachtungen entwickelt sich die Rhachitis fast ausnahmslos in den allerersten Lebensmonaten. Nur ganz ausnahmsweise konnte ich den Beginn der Krankheit nach dem 6. Lebensmonate konstatieren.

Noch eine Beobachtung will ich betonen. Es wird allgemein angegeben, dass die Rh. gewöhnlich der Reihe nach zuerst den Schädel, dann den Rumpf und schliesslich die Extremitäten befällt, dass es davon aber sehr viele Ausnahmen gäbe. Eine solche Ausnahme habe ich bei Kindern, die ich von frühester Jugend an beobachten konnte, nie gesehen; wohl aber konnte ich beobachten, dass der rhachitische Prozess am Schädel, ohne Zeichen dafür hinterlassen zu haben, schon abgelaufen war, während er an den Extremitäten fortbestand.

Die vielen begleitenden Krankheitserscheinungen, namentlich die Katarrhe der Athmungs- und Verdauungsorgane, sehe ich nicht als Ursache, sondern als Folge der Rh. an; denn einerseits sieht man viele rhachitische Kinder ohne diese Krankheiten, andererseits beobachtet man gerade, dass Kinder, die an langdauernden Darmkatarrhen gelitten haben und atrophisch geworden sind, von Rh. befreit bleiben.

Haben wir nun bei einem Kinde Rh. diagnosticiert, dann müssen wir auch mit allen zu Gebote stehenden Mitteln die Krankheit behandeln. Es genügt nicht, sich allein auf hygienisch-diätetische Massnahmen zu beschränken; denn diese können für rhachitisch Kranke nichts Specifisches haben, sondern decken sich mit denen, die wir überhaupt für das Gedeihen auch eines vollkommen gesunden Säuglings fordern müssen. — Nur auf eins ist ein besonderes Gewicht zu legen, nämlich auf ein gesundes Bett. Wie schon betont, bilden die kalten Schweisse gewöhnlich eine der ersten Erscheinungen der Krankheit und hierin müssen wir nach meiner Meinung eine der häufigsten Ursachen für die Entstehung der Katarrhe sowohl der Athmungs- wie der Verdauungsorgane suchen. Die Unterdrückung der Schweisse ist darum eine der ersten und wichtigsten Aufgaben. Dazu genügt meistens ein rationelles Bett. Eine Rosshaarmatratze, ein ebensolches Kopfkissen und zum Zudecken eine einfache wollene Decke sind alles, was ein Kind bedarf. Federn sollten durchaus verpönt sein. Zu achten ist auch darauf, dass die Kinder, wenn sie schlafen sollen, bis auf das Hemdchen und Jäckchen entkleidet sind

Digitized by Google

und niemals, wie es so oft geschieht, mit allen Kleidern hingelegt werden. Sollten trotz der kühlen Betten die Schweisse eine zeitlang fortbestehen, so werden sie gewöhnlich durch spirituöse Einreibungen schnell beseitigt.

Wenn es nun auch möglich ist, dass die Rh. bei günstigen hygienisch-diätetischen Verhältnissen heilt, ohne dass sie irgendwie schlimmere Formen annimmt, so wird man doch auf spezifische Heilmittel nicht verzichten, wenn solche zur Verfügung stehen. — Als wirkliches Spezifikum hat sich mir der Phosphor, am besten in der Form des Phosphorleberthrans (0,01 : 100,0) in vollem Maasse bewährt. — Am auffälligsten und wohl ganz allgemein anerkannt ist die Wirkung desselben auf die nervösen Symptome; Laryngospasmus und allgemeine Convulsionen werden selbst in veralteten Fällen so auffallend schnell beeinflusst, dass selbst die Eltern der Kinder, die vorher womöglich vieles andere versucht haben, meist überrascht sind. Da nun der Phosphor bei anderen nervösen Zuständen, die nicht auf Rhachitis beruhen, auch wohl empfohlen wird, aber doch ohne Einfluss zu sein pflegt, kann ich mir die Wirkung nur dadurch erklären, dass die Grundkrankheit selbst günstig beeinflusst wird. Ganz auffallend ist auch die Wirkung gerade bei den ersten manifesten Erscheinungen, der Craniotabes. Fast ausnahmslos kann man nach einigen Wochen ein Festwerden der Schädelknochen konstatieren; und in gar nicht seltenen Fällen habe ich gesehen, dass bei einer fortgesetzten Leberthrankur Veränderungen am Skelett des Rumpfes und der Extremitäten ausgeblieben sind, also eine vollständige Heilung im Anfangsstadium eingetreten war. Die üblen Folgen, die man einer fortgesetzten Leberthrankur nachsagt, besonders die dyspeptischen Erscheinungen, lassen sich leicht vermeiden, wenn man nach je 14 Tagen das Mittel auf eine Woche aussetzen lässt.

Ein zweites Mittel von ganz hervorragender Wirksamkeit sind die Soolbäder. Ob die mild erregende, den Stoffwechsel befördernde, oder die Resorpsion anregende Wirkung derselben mehr in Betracht kommt, lässt sich wohl schwer entscheiden. Auffand ist, wie vorzüglich die Soolbäder auch von ganz kleinen rhachitischen Kindern vertragen werden. Bei hundert und mehr Bädern hinter einander gegeben beobachtete ich eine ständige Gewichtszunahme und ein dauernd frisches Aussehen. — Eine Concentration von 2%, steigend auf 3% hat sich mir am günstigsten erwiesen. Die beste Zeit ist abends vor dem Schlafenlegen. Ein Bad von 27° und 10 Minuten Dauer bewirkt meist für die ganze Nacht einen ruhigen erquickenden Schlaf.

Wenn keine natürliche Soole zu haben ist, kann man einen zwar nicht vollwertigen, aber doch wirksamen Ersatz schaffen in dreiprozentigen Kochsalzbädern. Man achte aber darauf, dass das nötige Salz — zu einem Bade von drei Eimern Wasser ca. 1 Kilo — auch wirklich gelöst und nicht erst im letzten Augenblick in das Badewasser geschüttet wird; denn in der besonders feinen Verteilung des Kochsalzes in der Soole scheint mir mit die grössere Wirksamkeit zu liegen.

Resumiere ich kurz, so kommt es wesentlich darauf an, die

Digitized by Google

Rhachitis, die sich fast ausnahmslos in denaller ersten Lebensmonaten entwickelt, und zwar ohne Vorboten, frühzeitig zu erkennen und sofort gründlich zu behandeln. Dazu gehört, dass man auf die allgemein geltenden hygienischen Grundsätze einen erhöhten Wert legt, im besonderen, dass man für ein Mühles, die Schweisse unterdrückendes Bett sorgt. Als spezifisches Mittel müssen wir den Phosphorleberthran betrachten, der auf längere Zeit mit häufigeren Unterbrechungen morgens und abends theelöffelweise zu verabreichen ist. Abendliche, dreiprozentige Sool- oder Kochsalzbäder von 27° und 10 Min. Dauer sind daneben die kräftigsten Unterstützungsmittel.

Bei dieser Behandlung habe ich Rhachitis in jedem Stadium, sehr oft ohne irgend eine Komplikation heilen sehen und niemals habe ich beobachet, dass sich aus einer leichten eine schwere Form entwickelt hätte. Darum bin ich auch überzeugt, dass sich bei dieser frühzeitigen Behandlung die Entwicklung überhaupt jeder schweren Form der Rhachitis verhüten lässt.

Referate.

Traitement du muguet chez les nouveau-nés. Von Labbé. (La Presse med. 1899, 99.)

Zur Entwickelung des Soor sind zwei Bedingungen notwendig: Die Einwanderung des pathogenen Keimes in den kindlichen Mund, des Sacharomyces albicans und ein besonderer Zustand des Mundes und Digestionstraktus, welcher die Entwickelung des Pilzes begünstigt (Stomatitis erythematosa, mit Epitheldesquamation, dem Auftreten des Soor meist vorhergehend oder Acidität der Mundflüssigkeit in Folge saurer Gährung dieser oder von einer Autointoxikation bei gastrointestinalen Störungen). Die Therapie hat daher folgende Punkte zu berücksichtigen. Da Soor eine contagiöse Affektion ist, müssen die betr. Kinder Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit sein. Alle Dinge, welche bei ihnen Verwendung finden, müssen gehörig desinfiziert, dürfen nicht bei gesunden Kindern verwandt werden. Stillende Frauen müssen die Warzen jedesmal mit Borwasser gehörig waschen und mit Borvaselin bedecken, dürfen andere Kinder nicht nähren. Bei Flaschenkindern dürfen nur gut gereinigte Säuger und sterilisierte Milch verwandt, wenn möglich eine Amme herangezogen werden. Alle Gegenstände, welche manchmal in Krippen u. s. w. zur Beruhigung der Kinder dienen und oft von einem zum andern wandern, sind verboten, weil durch sie leicht eine Uebertragung und Weiterverbreitung der Erkrankung stattfindet. — Es genügt nicht, die Einwanderung des Pilzes in die Mundhöhle zu vermeiden, man muss auch die Mundhöhle gegen eine Infektion widerstandsfähig machen. Es handelt sich darum, die Allgemeinkrankheit (akute oder chronische Gastroenteritis, Tuberkulose), welche häufig der Soor nurcompliziert, zu beeinflussen, die erythematöse Stomatitis zu heilen (Waschungen mit Vichywasser oder sehr verdünnten antiseptischen Mitteln z. B. Borsäure 3 %, um nicht den Reiz und das Epitheldes-

Digitized by Google

squamation zu vermehren und die Mundschleimhaut ihres natürlichen Schutzes gegen Bakterien zu berauben) und die Säurung der Mundflüssigkeit zu bekämpfen. (Waschung mit Vichy-Wasser, Lösung von Natronbicarbonat 5 Proz., von Borax in Glycerin oder anderen Natronsalzen, ev. bei weitem Hinabreichen des Soor in Schlund, oesophagus und Magen Alkalien innerlich in Milch, auch Magen-Ausspülungen mit Vichywasser und dergl.) —

In hartnäckigen Fällen, welche nicht unter Gebrauch von Alkalien aufhören, sind Antiseptica indirekt. Hierbei ist in Rechnung zu ziehen, dass sie leicht reizen und toxisch wirken können, daher immer mit grosser Vorsicht anzuwenden sind. (Argent. nitr. 2—3 Proz., Borsäure 4 Proz., Kal. permangan. 1 : 250, Sublimat 1 : 2000, Sauerstoffwasser, Eisenchlorid, ferner Saccharin (1 : 50 Alkohol, einen Theel. in ein Glas Wasser), Resorcin 1 : 100—200 innerlich zweistündlich einen Theelöffel).

v. Boltenstern (Bremen).

Ueber das konstante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen. Von Paul Hilbert. A. d. Königl. hygien. Institut der Univ. zu Königsberg i. Pr. Direktor Prof. Dr. C. v. Esmarch. (Zeitschrift für Hygiene etc. XXXI. Bd. 3. Hft. 1899.)

Verf. suchte an einem grösseren Materiale festzustellen, 1) wie oft Streptokokken auf gesunden Tonsillen sich vorfinden, und 2) ob die daselbst vorhandenen von den bei Anginen gewonnenen durch konstante Merkmale zu unterscheiden sind? Da die bisherigen Untersuchungen nicht eindeutig und nicht übereinstimmend in ihren Ergebnissen sind, erprobte Verf. eine einfache Methode, welche die bisherigen Fehlerquellen ausschliessen soll. Er bringt den von den Tonsillen mittels Platinöse oder Tupfer abgehobenen Schleim in ein Bouillonröhrchen (I) und überträgt nach wiederholtem Schwanken und Umrühren aus diesem 2—5 Oesen in ein zweites Röhrchen. Nach 24stündigem Aufenthalt im Brütschrank kann die Untersuchung vorgenommen werden.

Zunächst wurde der Tonsillarschleim von 50 anderweit erkrankten Menschen meist Kindern mit normalen Mandeln und möglichst gesunder Mundhöhle ohne Temperaturerhöhung untersucht. Es zeigte sich, dass regelmässig Ketten bildende Kokken von der Art vorhanden waren, welche gemeinhin zu den pathogenen gerechnet wird. Weiterhin wurde eine Reihe völlig normaler Kinder (50 Schülerinnen) in derselben Weise untersucht und zwar mit demselben Ergebnis.

Zur Entscheidung der zweiten Frage wurden von je zehn normalen und pathologischen Fällen (sechs Diphtherien, drei Anginen ohne Löffler's Bazillus, eine Scharlachangine) die Streptokokken genauer untersucht mit dem Ergebnis, dass dieselben ob von normalen oder entzündeten Mandeln gezüchtet weder in der Beschaffenheit der Kulturen noch bezüglich ihrer Virulenz Unterschiede aufweisen, welche eine Trennung derselben in verschiedene Arten rechtfertigen.

Dann erörtert Verf. noch die Frage, ob die Streptokokken,

Digitized by Google

welche bei Mandelentzündungen in dem Tonsillarschleim bzw. in den Belägen gefunden wurden, als Erreger dieser Krankheiten anzusehen sind; er verneint dies. Schliesslich betont Verf., dass er gelegentlich dieser Untersuchungen in der Anschauung bestärkt sei, dass die Einteilung der Streptokokken in longi und breves und die dafür angegebenen Merkmale noch nicht als endgiltige anzusehen sind.

Köppen-Norden.

Zur Diagnose und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. Von v. Ammon. (Münch. med. Wochenschrift Nr. 1, 1900.)

Auf Grund seiner in der v. Rothmund'schen Klinik gesammelten Erfahrungen bespricht v. A. die für jeden Kinderarzt wichtige Krankheit und weist zunächst darauf hin, dass man in Rücksicht auf die Inkubation, dann der gonorrhoischen Infektion alle die Fälle, welche später als am 3. Tage nach der Entbindung auftreten, nicht als intrapartum erworbene auffassen darf. Nach dem seinen Ausführungen zugrunde liegenden Material wurden nur ca. $^1/_4$ der Opthalmogonorrhoen der Neugeborenen bei oder kurz nach der Geburt entstanden sein, während die übrigen einem Mangel an Reinlichkeit von seiten der Kinderpflege in den auf die Geburt folgenden Tagen ihre Entstehung verdanken. Auch die Annahme, dass fast alle Augeneiterungen Neugeborener gonorrhoischer Natur sein, erscheint nach den Ausführungen des Autors nicht gerechtfertigt. In 44% seiner Fälle fiel der Nachweis echter Gonococcen negativ an; dagegen fanden sich häufig Pneumococcen (15%) selten Staphylococcen u. A.

Hinsichtlich der Therapie bespricht v. A. natürlich in erster Linie das viel gepriesene Argentum nitricum und hat dessen Wirkung auch experimentell erprobt und an Serienschnitten mikroskopisch kontrolliert. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt er zu folgenden Ergebnissen: Die Höllensteinlösung wirkt an den verschiedenen Stellen sehr ungleich. Sie hat jedoch entschieden eine epithelzerstörende Wirkung. Die 2% Höllensteinlösung kann daher zwar kurz vor der Anwendung des Mittels in den Bindehautsack geratene Microben unschädlich machen, sie kann aber auf tiefer in das Epithellager eingedrungener Bakterien nicht mehr einwirken. In Anbetracht des Umstandes, dass die Lösung nicht gleichmässig wirkt, vermögen auch infizierte Schleimhautflächen zurückbleiben. Die darauf befindlichen Mikroorganismen finden aber als Folge der epithelzerstörenden Wirkung der Silberlösung keine gesunde, sondern eine in ihrer vitalen Energie herabgesetzte Conjunctiva vor uud daher ist es möglich, dass trotz technisch richtig ausgeführter Credé'scher Methode eine unter Umständen noch chronischer als sonst verlaufende Augeneiterung auftreten kann. Aehnlich verhält es sich mit dem Protargol. Die besten Resultate erzielte v. A. nach den verschiedensten Versuchen endlich damit, dass er den Bindehautsack sorgfältig mit physiol. Kochsalzlösung ausspülte und in Verbindung damit Eisumschläge machen liess. Daneben liess er bei kleinen Kindern, um die Möglichkeit, sich mit den Händen in die Augen zu greifen und sich mit den Fingernägeln Hornhautverletzungen beizubringen, zu benehmen, die Hände mit in die Kissen binden. Schon am

Digitized by Google

2.—3. Tage geht unter dieser Behandlung die Lidschwellung und der stärkste Reizzustand der Bindehaut soweit zurück, dass man die Lidspalte ohne Gewaltanwendung öffnen und den Bindehautsack bequem reinigen kann. Vom 5. Tage ab kann zur adstringierenden Behandlung übergegangen werden und hierbei hat Autor das Protargol als sehr geeignet befunden. Manchmal ist ein Wechsel mit Zincum sulfuricum angezeigt. Die durchschnittliche Heilungsdauer beträgt 3—4 Wochen. Bei vorhandenen Hornhautgeschwüren sind die Heilungsaussichten auch bei Protargolbehandlung keine sehr günstigen. Die Hauptaufgabe scheint hier in der Beobachtung des allgemeinen Ernährungszustandes zu liegen.

Baron-Dresden.

Zur Klinik des akuten Retropharyngealabscesses. Von Marton. (Wiener medizinische Blätter No. 6. 1900.)

Der heisse Retropharyngealabscess der kleinen Kinder ist eine von den retropharyngealen Drüsen ausgehende Phlegmone infolge einer Infektion dieser Drüsen bei Erkrankungen der Nase und des Pharynx. Praedisponierende Momente sind: Alter unter zwei Jahren und geschwächter Allgemeinzustand. Die Symptome des Retropharyngeal-Abscesses bestehen in: Atmungsbehinderung, Unruhe, Schnauben, Schnarchen, Dyspnoe, Tumor an der hinteren Pharynxwand, Fieber, erschwertem Schlingen, Veränderung der Stimme. Im Allgemeinen liegt der Abscess in der Höhe des Isthmus pharyngis. Nach spontaner Eröffnung des Abscesses stellt sich fast immer vorübergehende Diarrhoe ein. Differentialdiagnostisch kommen tuberkulöse Abscesse in Betracht. Die Ausgänge des Retropharyngealabscesses sind: Durchbruch in den Pharynx (oft Tod infolge Eiteraspiration) oder in der Nähe des Kieferwinkels, Gefahr einer Arrodierung der Carotis, gewöhnlich aber der Tod infolge Asphyxie, Glottiskrampf, Inanitions-Kachexie, Septikämie, Bronchopneumonien, Mediastinitis, Herzlähmung. Die Therapie besteht in der Incision des Abscesses durch ein bis 1 cm vor der Spitze eingehülltes Bistouri, wobei das Kind am besten auf eine Seite gelagert ist. Tritt nach der Operation Syncope ein, so ist künstliche Atmung vorzunehmen.

Goldbaum (Wien).

Ueber die Diagnose der Imbecillität im frühen Kindesalter. Von Thiemich. (Deutsche med. Wochenschr. 1899 No. 2.)

Während die Diagnose der Imbecillität im späteren Kindesalter keine grossen Schwierigkeiten bietet, liegen die Verhältnisse während der ersten 2 oder 3 Lebensjahre anders. In diesem Alter wird an den Arzt die Frage gestellt: Entwickelt sich das Kind nur langsamer und wird es, obschon verspätet, zu normalen Leistungen gelangen oder wird es sich überhaupt nicht normal entwickeln, ist es schwachsinnig? Zur Entscheidung dieser Frage ist eine exakte Diagnose notwendig.

Bestehen Abnormitäten des Schädelwachstums, Mikrocephalie oder chronische Hydrocephalus, spastische Lähmungen der Skelettmuskulatur oder Störungen von Seiten der Hirnnerven, besonders

Digitized by Google

der Augenmuskeln, ist die Diagnose erleichtert; schwerer ist sie bei solchen Kindern, bei denen kein körperliches Symptom einer organischen Gehirnerkrankung nachweisbar ist. Um die psychischen Funktionen richtig beurteilen zu können, ist es nötig, auf die somatischen Verhältnisse Rücksicht zu nehmen. Erst nachdem man sich ein genaues Bild von dem körperlichen Zustande gebildet hat, kann man das geistige Inventar des Kindes aufnehmen.

Man prüft die Schmerzempfindung, die Geschmacksempfindung und die Aufmerksamkeit resp. die Reaktion auf sensorische oder sensible, nicht schmerzhafte Reize. Was zunächst die Schmerzempfindung angeht, so wird sie am einfachsten durch Stechen mit einer Nadel geprüft, und zwar an verschiedenen Körperstellen. Der Neugeborene reagiert darauf mit lautem und anhaltendem Geschrei, idiotische oder schwer imbecille Kinder von mehreren Jahren kann man oft in ganz rigoroser Weise viele Male hintereinander stechen, ja man kann die Nadel in der Haut stecken lassen, ohne auch nur die geringste Aeusserung von Schmerz oder Furcht bei ihnen hervorzurufen. Dabei sind diese Kinder oft aufmerksam, verfolgen mit den Augen die Hand des Arztes, welche die Nadel hält, aber sie thun das ohne allen Affekt, als ob es nicht ihren eigenen Körper beträfe. In weniger ausgesprochenen Fällen gelingt es nur im Anfange der Untersuchung, ehe die Aufmerksamkeit des Kindes für Schmerzempfindung erregt ist, einige Male die Nadel einzustechen, ohne dass das Kind zu schreien oder auszuweichen beginnt; hat es erst einmal auf den Schmerz reagiert, dann weint es gewöhnlich längere Zeit, antwortet aber auf jeden neuen Stich mit verstärktem Weinen. Diese Analgesie kann man in gleicher Weise bei jungen Säuglingen konstatieren.

Das zweite Symptom, die Geschmacksstörung, prüft man, indem man intensiv schmeckende Lösungen ($^1/_4$% Saccharin, 2% Chinin sulfur., 2% Acid. hydrochlor., 5% Ntr. chlor.) mit dem Löffel eingiebt. Die Prüfung ist hier ziemlich schwierig, weil die normale Geschmacksempfindung auch ohne Idiotie im Laufe des Säuglingsalters unter dem Einflusse schwerer Ernährungsstörungen verloren werden kann. Während Idioten zumeist Geschmacksempfindung fehlt, reagiert jeder Neugeborene, auch Früh- und Schwachgeborene, auf süss mit dem Ausdruck des Behagens mit lebhaften Saugbewegungen; durch bitter, sauer mit süss werden Aeusserungen der Unlust, Verziehen des Gesichts, Würgbewegungen, Schreien etc. hervorgerufen.

Bei der Prüfung des dritten Punktes, der Aufmerksamkeit, hat man zwei verschiedene Dinge zu beobachten, erstens die Möglichkeit, die Aufmerksamkeit des Kindes durch einen Sinneseindruck überhaupt zu erregen, und zweitens, wofern dies der Fall ist, die Zeitdauer, während welcher dieselbe auf einen Gegenstand gefesselt werden kann. Auf die Intaktheit der Sinnesorgane ist hierbei natürlich Rücksicht zu nehmen. Während uns der völlige Mangel jeder Aufmerksamkeit an und für sich oder sicherer im Zusammenhalt mit Analgesie und Aufhebung der Geschmacksempfindung gestattet, die Diagnose Idiotie zu stellen, so kennzeichnet sich bei Imbezillen die Störung derselben besonders durch ihre Flüchtigkeit. Bei einigen

Digitized by Google

dieser Kranken gelingt es sehr schwer, die Aufmerksamkeit zu erregen, sie machen einen stumpfsinnigen, trägen Eindruck, bei anderen (agile Form) erscheint dieselbe sogar abnorm gesteigert, so dass die Patienten einen lebhaften oder sogar ruhelosen Eindruck erwecken. Beiden Typen gemeinsam aber ist der Umstand, dass es immer nur auf einige Augenblicke gelingt, die Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu fesseln. Bei den agilen Imbezillen besteht auch eine dauernde, kaum zu unterdrückende Euphorie. Mitunter führt der Umstand zur Diagnose der Imbezillität, dass Kinder im Alter von 8—10 Monaten den Kopf noch nicht aufrecht halten können, wobei es sich keineswegs um muskelschwache Individuen handelt. Die Aufmerksamkeit derselben ist so flüchtig und so wenig intensiv durch optische Reize erregbar, dass damit der Hauptgrund, weshalb ein Kind allmählig den Kopf zu heben und aufrecht zu halten lernt, in Wegfall kommt, nämlich der Wunsch, seine Umgebung genau erkennen, bewegten Objekten mit den Blicken überallhin folgen zu können.

Bei Erlernung der Sauberkeit sind Erziehung und körperliches Verhalten von grösserer Wichtigkeit und lassen die allerweitesten Differenzen zu, ohne dass eine Imbezillität des Kindes vorliegt. In noch höherem Grade gilt das von der Erlernung der Sprache. Kinder, welche mit 2 oder 3 Jahren kaum die ersten Sprechversuche machen, können sich normal entwickeln und normal sprechen lernen. Speichelfluss im zweiten Lebensjahre ist pathologisch und fordert, falls es konstatiert wird, zu einer genauen Untersuchung des Kindes in Bezug auf seine psychischen Funktionen auf. An und für sich reicht es nicht aus, ein Kind für imbezill zu erklären. Weniger Bedeutung kommt dem Zähneknirschen zu. Es kommt bei Imbezillität vor, doch zeigen es auch viele normale Kinder Jahre lang.

Die Verwertung aller Momente ermöglicht in vielen Fällen frühzeitig die Diagnose der Imbezillität oder Idiotie.

Schnell-Egeln.

Der Alkoholismus mit besonderer Rücksicht auf das kindliche Nervensystem. Von Rende. (Wiener medizinische Wochenschrift No. 52, 1899 u. No. 2 u. 3, 1900.

R. hat bei Kindern im Alter von sechs bis fünfzehn Jahren Versuche angestellt, um die Wirkung mässiger Gaben Wein auf den Intellekt von Kindern verschiedenen Alters zu studieren. Die Kinder waren alle gesund und sehr gut entwickelt. Er teilte dieselben dem Alter nach in Gruppen, um einen Vergleich zwischen den auf gleicher geistiger Entwicklungsstufe Stehenden anstellen zu können. In jeder Altersgruppe liess er 1—3 Kinder u. z. die etwas geistig minder begabten, zur Kontrolle nüchtern, während den besser begabten je nach dem Alter $^1/_2$—2 Deciliter guter Wein gereicht wurde. Die Versuche wurden immer im Laufe des Vormittags angestellt, die Prüfung der Geistesarbeiten erfolgte $^1/_4$—$^3/_4$ Stunden nach Verabreichung der Getränke. Er kam zu folgenden Schlüssen: Nach Einwirkung mässiger Mengen Weines werden die Kinder lebhafter, unternehmender, freier im Handeln und Sprechen. Sie lesen schneller, machen leichte

Digitized by Google

Rechnungen in kürzerer Zeit und führen eine bilderreichere Sprache als im nüchternen Zustande. Ihre Schrift jedoch lässt die Symmetrie und Nettigkeit vermissen. Bei schwereren Rechnungen werden fast durchgehends Fehler gemacht. Bedachtsamkeit ist bei ihnen ausgeschlossen. Niemand kommt es in den Sinn, nachzurechnen, was sie nüchtern nie zu thun verabsäumen. Das Auswendiglernen ist erschwert und was besonders hervorzuheben ist, sie beachten und bemerken nicht, was sie durch Verwechslung klangähnlicher Worte sinnloses Zeug aufsagen, denn ihr Denkvermögen hat an Schärfe verloren. Charakteristisch für die Verlangsamung ihre Denkthätigkeit ist, dass die dreizehn- bis fünfzehnjährigen Knaben das für sich Gelesene kaum wiederzngeben vermögen, während der Sinn der laut und demnach langsamer gelesenen Lesestücke richtig aufgefasst und gut wiedergeben wird. Wenn nun bei Kindern selbst mässige einzelne Gaben deren geistige Kräfte schwächen, so kann man sich leicht vorstellen, um wie viel schädlicher der habituelle Alkoholgebrauch auf den zarten Organismus des Kindes wirkt, dessen Nervensystem in Entwicklung, die Hemmungsvorrichtungen im Entstehen begriffen sind. Kinder reagieren verschiedentlich auf die Einwirkung grösserer Gaben Alkohols. Sehr grosse Quantitäten werden bei Kindern nicht genossen, denn das Erbrechen tritt schon früh ein. Beim Rausch des Kindes finden wir das Stadium der Erregung, welches mit Erbrechen endet, dem der Katzenjammer folgt oder die Erregung endet mit tiefem Schlafe, aus dem das Kind mit wüstem Kopfe erwacht. Bei regelmässigem Genuss kleiner Gaben hängt die Schädigung von den Hereditätsverhältnissen und der Konstitution des Kindes ab. Der gewohnheitsmässige Gebrauch von Alkohol bewirkt im Nervensystem folgende Erscheinungen: ausserordentliche Labilität des Nervensystemgleichgewichtes, Abstumpfung der geistigen Fähigkeiten, Beeinträchtigung der Gemütsstimmung und der Charaktereigenschaften des Kindes, ausserdem können dadurch schlummernde neuropathische Anlagen zum Vorschein kommen, selbst Nervenkrankheiten hervorgerufen werden, wie Epilepsie, Chorea. Bei Mädchen beobachten wir noch hysterische Erscheinungen, wie Globus, Brechreiz und perverse Neigungen. Auch Neurasthenie kann durch regelmässigen Alkoholgenuss ausgelöst werden.

Dr. Goldbaum (Wien.)

Ueber den Pemphigus acutus malignus neonatorum (non syphiliticus.) Von Bloch. (Arch. f. Kinderheilk. 28. Bd. I. u. II. Heft.)

Der nicht syphilitische Pemphigus acutus tritt in 2 Formen einer benignen und einer malignen, auf. Während die benigne Form völlig fieberlos, nur selten unter Fieber, Unruhe oder Convulsionen verläuft und innerhalb 2—4 Wochen zur Heilung gelangt, zeigt die maligne Form der Erkrankung von vornherein sehr ausgedehnte, grosse, das Corium auf weite Flächen freilegende Ablösung der Epidermis, wobei die Kinder sichtlich und rasch verfallen und in wenigen Tagen zu Grunde gehen. Sämtliche Kinder mit malignem Pemphigus, die im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhause zu Berlin zur Be-

Digitized by Google

obachtung kamen, stammten von gesunden Eltern und zeigten auch nicht die geringsten Anhaltspunkte für einen Verdacht auf Lues hereditaria. Der grössere Teil von ihnen war wohlgenährt und bekam nur die Mutterbrust bis zur Aufnahme ins Krankenhaus. Viele wurden von der Mutter noch weiter gestillt, und es ist hervorzuheben, dass keine der Stillenden je an Pemphigus erkrankte und dass bei allen Müttern der Wochenbettverlauf ein normaler und ungestörter war. Als Körperteil, an dem die vielen Effloreszenzen bemerkt wurden, wurde teils Gesicht, namentlich Augen- und Nasengegend, teils Schenkelbeuge und Gelenke der Extremitäten angegeben, während die Fusssohlen und Handflächen nie zuerst ergriffen wurden, sogar im weiteren Krankheitsverlauf nur wenig beteiligt waren.

Anfänglich fiebern die Kinder meist sehr hoch; später wird die Temperatur eher subnormal. Die Kinder sind sehr unruhig und schreien sehr viel. Der Prozess schreitet äusserst schnell fort; die Nahrungsaufnahme ist häufig bis kurz vor dem Tode als gut zu bezeichnen. Von Seiten der inneren Organe liegen nur geringe Veränderungon vor.

Der Pemphigus malignus beruht auf einer septicämischen Erkrankung; dabei spielt der Streptococcus pyogenes die deletäre Rolle; die Eintrittspforte für die Infektion liegt nicht klar zu Tage.

In differential-diagnostischer Beziehung kommen ausgedehnte Verbrennungen, der Pemphigus foliaceus und die Dermatitis exfoliativa in Betracht.

Für die Therapie kann bei benignen Fällen die Anwendung von Salben (1 proc. Salicylsalben oder Wismuthsalben und Zinkpaste) Platz greifen. Bei malignen Formen ist bisher nur mit der combinierten Anwendung von täglichen Bädern mit Eichenrindenabkochung und Trockenpulvern (Zink, Talcum) Erfolg erzielt worden.

Schnell-Egeln.

Die künstliche Ernährung eines normalen und eines atrophischen Säuglings. Nach gemeinsam mit Dr. Bendix, Dr. Spitta und Dr. Wolpert angestellten Versuchen mitgeteilt von Max Rubner und Otto Heubner. (Zeitschrift für Biologie N. F. XX. 2. 1899.)

Die Untersuchungen wurden in derselben Weise angestellt, wie bereits früher bei einem Brustkinde. Sie betrafen einen 7½ monatlichen Säugling von normaler Entwickelung, der sich in mütterlicher Pflege befand und darin verblieb, sowie ein 2 Monate altes, abnorm schwaches, atrophisches Kind, das, ohne eigentlich schwerer darmkrank zu sein, mangelhaft zunahm oder auch ganz stillstand.

Wir müssen uns an dieser Stelle mit einer Wiedergabe der Ergebnisse begnügen.

Ein normales und ein atrophisches Kind gewinnen aus derselben Nahrung eine ungleiche Nahrungsmenge. Der physiologische Nutzeffekt der Muttermilch hatte sich bei dem Brustkinde des ersten Versuches mit 91,6 Prozent ergeben; bei dem normalen Kuhmilchkinde derjenige der Kuhmilch mit 90,7 Prozent (4,2 Prozent Verlust im Harn, 5,1 Prozent im Koth); derjenige der Kuhmilch plus Milch-

Digitized by Google

zucker mit 92,2 Prozent. Beim atrophischen Kinde mit 87,1 Prozent (3,08 Prozent Verlust im Harn, 9,77 Prozent im Koth); bei demselben Kinde war der Nutzeffekt des Kindermehls 82,4 Prozent (1,8 Prozent Verlust im Harn, 15,8 Prozent im Koth.)

Wenn einmal das Optimum in der Resorption überschritten ist, so wird jeder weitere Nahrungszusatz ungemein schlecht aufgenommen (Rubner). Speziell bei der Milch zeigt sich bei Ueberschreitung des Resorptionsoptimums eine starke Veränderung der Eiweissresorption, wodurch namentlich bei jungen Individuen die Wachstumsmöglichkeit mehr oder weniger unterbunden werden kann. Die Wirkung, welche dieselbe Menge von Calorien unter verschiedenen Umständen auf den Kraftwechsel äussert, ist von verschiedenen Nebenbedingungen abhängig. Wichtig ist die umgebende Temperatur. Bei sehr hohen Temperaturen erzeugt auch die einfache Erhaltungsdiät eine deutliche Steigerung der Zersetzung, welche bei niederen Temperaturen ganz ausbleibt. Die Wirkung der Nahrung ist weiter abhängig von der Relation zwischen dem Bedarf an Kraftzufuhr und dem absoluten Werte der eingeführten Kraft, also von dem Ueberschuss der Zufuhr über den Bedarf. Ein Ueberschuss von 50 Prozent Nahrungszufuhr über den Bedarf erzeugt bei mittlerer Temperatur recht bemerkbare Erhöhung der Wärmebilanz. Gleich grosse Ueberschüsse an Energie verschiedener Nahrungsstoffe wirken ganz ungleich. Wenn eine gewisse Eiweissmenge die Wärmebildung um 19,7 Prozent vermehrt, so erzeugt die thermisch äquivalente Kohlehydratzufuhr nur einen Zuwachs von 10,2 Prozent und das Fett nur einen solchen von 6,8 Prozent.

Die Zusammensetzung der Säuglingskost war folgende:

1. Brustkind 11 Prozent der Calorien auf Eiweiss
   42 „ auf Fett
   47 „ auf Milchzucker
2. Normales Kuhmilchkind 19 Prozent auf Eiweiss
   41 „ auf Fett
   40 „ auf Zucker
3. Atrophisches Kind bei Kuhmilchkost 14,4 Prozent auf Eiweiss
   29,3 „ auf Fett
   56,3 „ auf Kohlehydrat.
   „ „ „ Kindermehl 17,4 „ auf Eiweiss
   3,8 „ auf Fett
   78,6 „ auf Kohlehydrat.

Nimmt man an, dass die aus verschiedenen Nahrungsstoffen gemengte Kost, was die Erhöhung der Wärmebildung anlangt, sich wie die Summe der Wirksamkeit ihrer Komponenten verhält und bildet man rechnerisch die Mittel für die eventuelle Steigerung der Zersetzung, wie sie sich bei einem Nahrungsüberschuss von 50 Prozent erwarten liess, so findet man für die Muttermilch 9,8

Kuhmilch, normales Kind, 10,7
Kuhmilch, atrophisches Kind 10,6
Kindermehl, „ „ 11,6

Digitized by Google

Die günstige Stellung der Muttermilch ist, trotzdem die Verhältnisszahlen sehr eng an einander liegen, beachtenswert.

Aus den Versuchen berechnet sich die Erhaltungsdiät eines Säuglings pro 1 qm Körperoberfläche (!) zu rund 1021 Cal. Danach betrug die überschüssige Kost bei Kuhmilch

beim normalen Kind + 44,0 Prozent
beim atrophischen Kind + 35,5 Prozent.

Wenn man nun die Wärmebildung bei dem normalen und bei dem atrophischen Kinde auf Grund der Untersuchungsergebnisse vergleicht, so zeigt sich, dass eine abnorme Art der Zersetzung des Kraftwechsels, des Ansatzes bei dem atrophischen Kinde nicht besteht. Dem atrophischen Kinde eigenartig erscheint nur die geringere Resorptionsfähigkeit seines Darmes, die reichlichere Kothbildung.

Da die Muskelthätigkeit des Säuglings eine sehr geringe ist, braucht es nicht aufzufallen, dass derselbe bei Erhaltungsdiät einen Kraftwechsel hat, der kleiner ist, als der eines Erwachsenen von gleichem Körpergewicht (Zwerg) bei Erhaltungskost. Die Erhaltungsdiät ist für ein Kind aber nicht die Norm, sondern das Wachstum, und in diesem Zustande ergiebt sich ein erheblich höherer Kraftwechsel als für die Erhaltungsdiät.

Die Eiweisszufuhr ist in den vier Versuchsreihen (Brustkind, normales Kind mit Kuhmilch und Zucker, atrophisches Kind mit Kuhmilch und Zucker, atrophisches Kind mit Kindermehl) ungleich gewesen. Am reichlichsten hatte das atrophische Kind, am dürftigsten das Brustkind Eiweiss erhalten. Der Eiweissumsatz war am kleinsten bei der Muttermilch, in den übrigen drei Fällen durchschnittlich dreimal so gross. Der Ansatz entspricht durchaus nicht der Grösse der Zufuhr. Die Erklärung für dieses ungleiche Verhalten muss man in dem Umstande suchen, dass die Vermehrung der Eiweisszufuhr auch die Zersetzung des Eiweiss steigert, namentlich aber wird durch eine solche reichliche Eiweisszufuhr zugleich die Relation zwischen N-haltigen und N-freien Stoffen erheblich alteriert. Aber doch zersetzt das atrophische Kind trotz reichlicher Zufuhr etwas weniger als das normale Kind, namentlich aber setzt es ungemein reichlich an, als ob es Eiweiss leichter zum Ansatz zu bringen in der Lage wäre. Dass aber dieses Kind trotzdem nicht ins Gleichgewicht kam, dass es eine grosse auffallende N-Ausscheidung zeigte, führen die Verf. auf die Fettarmut des atrophischen Kindes zurück.

Diese Beobachtungen lehren, dass die reichlichere Beigabe des Eiweisses, wie sie in der Kuhmilch sich findet, als ein besonderer Gewinn für den Eiweissansatz nicht angesehen werden kann. Ein fortschreitendes Uebergewicht des Eiweisses bringt ein starkes Anwachsen der Zersetzung des Eiweisses mit sich und äussert auch seinen Einfluss auf die Verstärkung des Gesamtstoffwechsels. Erhöhter, namentlich lang andauernder Eiweissansatz wird weit mehr als durch Eiweissgaben durch Mittel erreicht, welche die Eiweisszersetzung herabdrücken, und am besten durch in Wasser gelöste Kohlehydrate.

Ausnahmslos liefert ein Kind mehr Wasserdampfausscheidung

Digitized by Google

als ein Erwachsener. Die Gründe sind in der lebhaften Verbrennung zu suchen, welche in den kleinen Organismen vor sich geht. Die Verhältnisse der Wasserausscheidung sind untrennbar von den Ernährungsverhältnissen des Organismus. Die Ernährung ist ein Verbrennungsprozess und die Wasserdampfausscheidung ein Sicherheitsmittel gegen die Uebererwärmung des Körpers. Auf den Einfluss überreichlicher Kost kommt zum Teil die grosse Wasserdampfausscheidung bei dem Normalkinde (bei Kuhmilchzufuhr) und bei dem atrophischen Kinde bei derselben Ernährung.

Etwas Eigenartiges für den Säuglingsstoffwechsel ist die Ueberflutung mit Wasser, welcher sein Körper ausgesetzt wird. Das atrophische Kind hatte die grössten Wasserquantitäten zu bewältigen, aber auch die Mutterkost bietet im Verhältniss zum Erwachsenen ungemein viel. Da die Wasserzirkulation keine Ursache für die Vermehrung der Wasserdampfausscheidung durch Haut und Lunge abgiebt, so muss man annehmen, dass die ständige Hochflut des Wassers, wie sie bei verdünnter Kost besteht, auch bei dem Säugling ähnliche Störungen herbeiführen kann, wie die überreichliche Flüssigkeitszufuhr beim Erwachsenen.

Köppen-Norden.

Rezensionen.

Klinik d. Krankheiten d. Mundhöhle, Kiefer und Nase. Von Dr. L. Brandt. Heft 2. Empyeme u. Cysten. Mit 7 Abbildungen im Text. Berlin, Aug. Hirschwald, 1899. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Verf. führt die verschiedenen Durchbruchsstellen des Eiters bei Empyema autri Highmori an und führt dieses „in den weitaus meisten Fällen" auf Zähne und Zahnwurzeln, welche evident Periodonditis zeigen, zurück. Aber auch gefüllte Zähne, namentlich erste Molare, deren Pulpa jauchig zerfallen, und bei einfacher Okular-Inspektion nichts Pathologisches aufweisen, dürften oft die unbetrachtet gebliebene Veranlassung sein. Besonders in Fällen letzterer Art, bei denen bisher rhinologische Grundlage angenommen wurde, bewährte sich dem Verf. intensive Durchleuchtung der Pulpa. Ein zweites diagnostisches Zeichen (n. Burger), dass Verf. der Beachtung empfiehlt, ist das Fehlen der subjektiven Licht-Empfindung. Diese elektrische Durchleuchtung sei besonders bei Frühdiagnosen wertvoll, wo „die sog. Cardinal-Symptome des Empyems, — also Schwellung der Wange durch die Infiltration der Weichteile, vermehrten Aufluss von Eiter bei Lagerung des Körpers auf die entgegengesetzte Seite, Auftreibung des Oberkiefers, Verdünnung seiner Wände, die bei Palpation das Geräusch des Pergament-Knitterns verursachen, und endlich Infraorbitalneuralgie" — versagen, wie es Ziena nachgewiesen hat.

Alle diese letzteren Symptome sind meist erst für Spätdiagnose verwertbar. Wo die Durchleuchtung kein ganz klares Bild giebt, bleibt die Probepunktion von der Alveole aus. Verf. nimmt in Uebereinstimmung mit den erfahrensten Zahnärzten als Angriffspunkt

Digitized by Google

für die Behandlung des Empyems die Alveole und erweitert diesen Zugang „durch Fortnahme eines Teils des superficies facialis", bis Digital-Untersuchung der Kieferhöhle möglich wird (Kiefertumoren, Polypen!). Die Operation ist wenig schmerzhaft und kann auch bei sensiblen Patienten (? Referent) ohne Narcose vorgenommen werden. Die Nachbehandlung besteht bei diesem ohne Abfluss des Eiters am meisten fördernden Eingang in Ausspülung, Einlagerung von lockerer Jodoformgaze, Einfügung einer hohen und weiten durch Gaumenplatte gesicherten gefensterten Canüle und Ausspritzung in täglichen oder grösseren Zwischenräumen. Eine Anzahl Krankengeschichten erläutert die theoretische Beschreibung und die Bilder.

Im 2. Teile führt Verf. zunächst die neuesten Theorien über Entstehung der Cysten an. Inzwischen hat, wenn nicht eine vollständige Klärung, so doch ein beträchtlicher Schritt dazu stattgefunden durch O. Römer's klassische Arbeiten „über Wucherungen an der Zahnwurzel". Dieser geniale Forscher hat nachgewiesen, dass im Gegensatz zu der auch von Brandt zu Grunde gelegten J. Witzel'schen Anschauung „zwischen den Zahnwurzel-Cysten und den Granulomen, welche wir häufig an der Wurzelspitze extrahierter Zähne betrachten", „bedeutende histologische, resp. anatomische Unterschiede" seien. Die einen zeigen ausser Granulationsgewebe auch Epithelgewebe, die anderen nur Granulationsgewebe mit eingelagerten lymphoiden Zellen und gewucherten Bindegewebezellen — und keine Epithelzellen.

Verf. führt dann die multilokulären Cysten an, um die Prognose der Cysten im allgemeinen als gut zu bezeichnen.

Die Behandlung besteht nach Partsch in Herbeiführung einer Verwachsung des Cysten-Epithels mit dem analogen Mund-Epithel. Es wird ein so grosser Lappen aus der Cystenwand excidiert, dass eine Verwachsung nicht mehr stattfinden kann. Nähte nur bei starker Blutung. Die Heilungsdauer wenige Wochen bis ein Jahr. — Einige Krankengeschichten vervollständigen das Bild. Am Schlusse Litteratur-Uebersicht.

Beide Hefte, vom Praktiker für den Praktiker geschrieben, geben in nuce das Wissenswerte aus dem reichen Schatz der schwierigen Disciplin. Es ist in ihnen in handlicher Form eine bedeutende Summe von Wissen zum Handgebrauch serviert.

F. W. Wille-Worms.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Bemerkungen zum Koplikschen Frühsymptom der Masern. Von Mich. Cohn.

Da die Maserndiagnose im Prodromalstadium immer noch eine ziemlich unsichere ist, muss jedes neue Symptom, welches diesen Mangel abhelfen soll, mit grösstem Interesse aufgenommen werden. Verf. hatte Gelegenheit, die Koplikschen Flecke, welche kleinste bläuliche Stippchen und Streifchen an der Wangenschleimhaut vis à vis den unteren Backzähnen darstellen, in 22 Fällen 16 Mal zu sehen. Diese Flecke, welche andere Autoren noch öfter gefunden haben,

Digitized by Google

sind Epithelabschilferungen; sie sitzen nur an der Wangenschleimhaut und dürfen mit dem Exanthem der Schleimhäute, dem sog. Enanthem, nicht verwechselt werden. Letztere sind grössere, rote Flecke, welche überall an der Mundschleimhaut auftreten können. Eine Verwechslung mit Soor ist ausgeschlossen, da dieser hellere und grössere Auflagerungen bildet. Die Koplikschen Flecke lassen sich abstreifen. Das Symptom tritt sehr frühzeitig auf und spricht, wo es vorhanden, sicher für Masern; sein Fehlen beweist nichts.

(Ther. Monatsh. 99.) Behrens-Karlsruhe.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Guajacol. pur.
Ol. Oliv.
Alcohol. aa. 10,0
D. 3 × tgl. zu bepinseln. (Vorher Entfernung der Krusten und Zerstörung der Wucherungen mit 10 % Milchsäurelösung.)
Ulcer. tubercul. cut.
(Alivisatos.)

Rp.
Chiniosol. 0,2
Amyl. trit. 14,8
Lycopod. 30,0
Mts. Kinderstreupulver.
Intertrigo.
(Ostermann.)

Rp.
Tct. baferan. 1,0–1,5
Syr. Cof. tost. 60,0
D. theelöffelw. z. n.
Malaria.
(Peckoldt.)

Rp.
Bromalin.
(= Bromaethylformin.)
Aq. destillat aa 10,0
Lyr. Aur. Cort. 90,0
MDS. 1—2 Mal tgl. 1 Kinderl.
Epilepsie.
(Rohrmann.)

Rp.
Formaldehyd. 5,4
Cocain mur. 0,1
Aq. destillat. 10,0
DS. zu Einträufelungen.
Otitis purulent.
(Brat.)

Rp.
Camphor. pulv. 1.0
Zinc. oxydat.
Bismuth subn. aa 15.0
Talc. pulv. 40,0
MDS. Streupulver; vorher Waschung mit Borwasser.
Eczema ani.
(Broy.)

Kleine Mitteilungen.

— E. Merck's Jahresbericht für 1899 enthält auf 185 Seiten eine alphabetisch angeordnete Zusammenstellung der neueren Präparate und Drogen, ausserdem 2 Originalarbeiten, von denen die eine interessante Mitteilungen über Tuberkulose-Toxine macht, während die andere einen Entgiftungsapparat zum Gebrauche bei Vergiftungen durch Blausäure und Cyankalium beschreibt. Die M.'schen Jahresberichte sind als Führer auf dem schwierigen Gebiete der neueren Pharmakotherapie jedem Arzt hochwillkommen.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Mai 1900.** **Heft 5.**

Inhalt: Originalien: **Spiegelberg,** Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren, 97. — **Schröder,** Ueber neuere Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberhulose, 99. — **Goliner,** Ueber Tanocol, ein neues Dermadstringens, 102. — Referate: **Hochsinger,** Die Myotonie der Säuglinge und deren Beziehungen zur Tetanie, 105. — **Strauss,** Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen, 106. — **Dörfler,** Zur Behandlung der chronischen Obstipatio im Kindesalter, 107. — **Friedjung,** Ein Fall von Phthisis renum, 108. — **Cerny,** Kräftige Kost, 108 — **Frieser,** Ueber Eulactol ein neues Närpräparat, 110. — **Königschmied,** Ueber die Anwendung des Alsols in der Medicin und Chirurgie, 111. — **Kassowitz,** Phosphor bei Rachitis, 111. — **Bardet u. Blondel,** Ueber die Art der Verabreichung des Orthoform, 112. — **Goldmann,** Haematogenum siccum Schneider (Sicco). 113. — Gesundheitspflege: **Spiegelberg,** Schulärztliches, 114. — Rezensionen: **Ortner,** Vorlesungen über spiecielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. 2. Aufl., 115 — **Schäffer,** Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe, 5. Aufl., 115. — **Flamm,** Die Entwickelung und Geburt des Menschen. 115. — **Liebmann,** Vorlesungen über Sprachstörungen, 116. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 116. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 119. — Kleine Mitteilungen, 120.

Zur Neugeborenenpflege vor 200 Jahren.

Von Dr. **Johann Hugo Spiegelberg** in München.

Nachdem ich in dem in No. 1 dieses Jahrganges abgedruckten Aufsätzchen über Säuglingspflege ums 15. Jahrhundert eine Fortsetzung versprochen, glaubte ich, dieses Versprechen durch Wiedergabe noch zweier in Betracht kommender „Kommentare“ einlösen zu sollen. Ein genaues Eingehen auf dieselben lässt indessen in denselben einen solchen Wust von unmedicinischen Aberglauben, Geisterspuk und Astrologie erkennen, dass ich sie den vorangegangenen nicht anreihen zu können glaube. Der geneigte Leser wird es deshalb mit Nachsicht aufnehmen, wenn ihm heute ein anderes Bild geboten wird, das nicht minder interessant, wenn auch um wenigstens 200 Jahre jünger ist.

Den meisten Aerzten dürfte zum mindesten noch aus den geburtshilflichen Operationskursen der Name der Justina Siegemundin bekannt sein. Sie schrieb 1689 ihre „Hof-Wehe-Mutter“, ein aus eigener Erfahrung hervorgegangenes Lehrbüchlein für Hebammen, von welchem mir eines vorliegt. Als tüchtige Wehenmutter verstand sie auch von Säuglingspflege viel. Von dem, was sie uns mitteilt, möchte ich, diesmal auch in ihrer Sprache, eine Probe geben:

Digitized by Google

„Wann das Kind zur Welt gebracht und gelöset worden, muss es gereinigt, in warme Windeln gelegt und nicht so lange auf dem Schooss gehalten werden, bis die Nach-Geburt geholet. Darauf ist die sich auffhaltende Feuchtigkeit in der Brust auszudrücken, und die im Mutterleibe gesammelte Unreinigkeit der Gedärme (der sogenannte Heiden-Dreck) durch den Stuhlgang genugsam wegzubringen; denn so davon etwas zurück bleibt, ist der Jammer nicht weit und kann der Tod diesem leicht folgen; dannachero ist gar gross nöthig, solche Unreinigkeit genugsam abzuführen, wofür die Natur, durch die Anfangs dünne und wässerige Milch schon gesorget, welche doch insgemein sehr hindan gesetzt wird, solche den Kindern zu geben. Das warme Bad dient auch öfters insonderheit, wenn nur ein wenig Seiffe oder Saltz darein gethan ist, den Stuhlgang wohl zu fördern, es muss aber ganz wenig sein, dass es keine scharfe Sohle werde, denn die könnte des Kindes Haut nicht vertragen.

Wann es nöthig, dass dem Kinde das Zungen-Bändgen zu lösen, sind dieses die Zeichen, dass es die Zunge nicht ausstrecken, selbige nicht bewegen und um die Wartze nicht recht schlagen kann. Unter tausend Kindern ist kaum eines, so Mangel daran leidet. Es kann mit einer scharffen Scheere geschehen und hernach Rosenhonig daran gestrichen werden.

So wird am Ende auch gedacht werden von einem solchen Bade, wenn die Kinder nicht zunehmen können. Dieses muss insgemein gleich Hexerey seyn, wenn die Kinder dicke und harte Leiber, dabei ein auffgedünstet Gesichte haben, die Arme und Beine aber wie Stöcke verschwinden, da es doch von Würmen, von zähen und sauren Schleim, so Gekröse und Milch-Geäder verstopffet und zugedämmt hat, dass der Nahrungssafft an die auswärtigen Theile nicht gelangen kann, zum öfftersten den Ursprung hat. (?)

Bissweilen sind auch die Nerven und Sehn-Geäder Schuld, entweder viel zu schlapff, oder gar gedruckt, dass die Geister ihren Einfluss und Fortgang nicht recht in selbige haben, noch die Wärme und ausdehnende Krafft, denen fleischigten Teilen zuwege bringen können. (?)

Vor allen Dingen aber muss die Kinder-Mutter untersuchen, ob irgend ein Mangel oder Ueberfluss zu spüren sei? Ob die Theile so ihre Öffnung haben müssen, in solcher Beschaffenheit seyn, oder ob sie nicht durchgängig zu finden? als: ob der Urin und der Stuhlgang fortgebracht werde? Zumalen ich 2. Exempel weiss von diesen beyden Arten, welche, wenn es zeitig wäre denen Eltern gemeldet, und Hülffe gesuchet worden, hätte solches, da es noch frisch und zart war, in den natürlichen Zustand vielleicht können gebracht werden, da hernach die Kinder . . . ihr Leben wieder auffgegeben . . . .

Die Kinder-Mütter müssen auch vor allen Aberglauben, welches ein Stück der Zauberey ist, ihr Gewissen frei behalten, . . . Hierher gehöret auch das Seegnen und Besprechen des sogenannten Hertz-Gespannes. Man reibe und streiche nur offte vom Herz-Knöspel abwerts auf beyden Seiten unter die kurtze Rippen weg mit Fettigkeiten oder Speichel, warmen Tüchern, oder auch nur mit warmen Händen, so werden sich die Blehungen schon zertheilen, und der hart-ausgespannte

Digitized by Google

Leib schmeidig und erweichet werden. Dieses dienet auch wider das sogenannte Anwachsen.

Der Kinder-Brey muss von alter geriebener Semmel, NB. nicht von Mehl, mit ein wenig Wasser oder Fleisch-Brüh von Hünern etc. mit Zucker oder reinem Honig und etwas zart-gestossenem Fenchel oder Aniess zubereitet werden. Er muss vor allen Dingen dünne und vom Löffel abfliessend seyn, nicht so lange stehen, dass er sauer, dicke und zähe wieder werde, woraus Jammer, Noth und der Tod gar leicht entstehen können; daher ist es alsdenn ein Kleister zu nennen, und gehöret für die Buchbinder, bringet Verstopffung, Angst, Schmertzen, unruhig Schlaffen, Schreyen und den blehenden Jammer zuwege.

Wenn die Milch denen Müttern fehlet, müssen sie Morgens und Abends eine grosse Messer-Spitze voll von gepulverten Krebs-Steinen, gebrannt Hirsch-Horn, Köl-Wurtzel, Möhren-Saamen, Haber-Kümmel, Aniess, Fenchel, ein so viel wie des ander, zusammen vereiniget, mit warmen Getränke nehmen, dabey Petersilien- oder Kerbel- ingleichen Mehlsuppen, die letzte insonderheit, wenn sie krank gewesen, des Tages einigemal geniessen. Aeusserlich ist gut Haber-Kümmel in einem linnen Beutel, ohngefehr ein Quentlein, mit ein halb Quent. Campher und ebensoviel Saffran zwischen die Brüste zu hängen. So ist auch gut, die Milch-Röhrgen gangbar zu machen, die Brüste öfters warm, mit einen groben und härichten wöllenen Tuche zu reiben. Es kann auch Hirse-Saamen, in einen Beutel gethan, und stets warm über die Brüste geleget werden". u. s. f. „Sollte aber eine Entzündung, oder ein so genannter Ausschuss dazu kommen, muss das verdammete Seegen-Sprechen, die närrische und aber gläubige Erb-Bürste insgemein herhalten; eine andere Bürste oder obiges Reiben thut eben dasjenige wie diese." Es folgen nun einige sehr „reichhaltige" Recepte.

Die Justina Siegemundin verstand kein Latein und nichts von Medicin. Aber gesund sind ihre Anschauungen, wie ihre Sprache.

Ueber neuere Medikamente und Nährmittel bei der Behandlung der Tuberkulose.*)

Von Dr. **G. Schroeder** in Schömberg, O.-A. Neuenbürg (Württemberg).

Die Phthisiker sind seit langer Zeit und häufig in unverantwortlicher Weise Versuchsobjekte für allerlei medikamentöse Maasnahmen gewesen. Wenn man nur die unzähligen Heilmittel, die in den letzten 10 Jahren gegen die Tuberkulose empfohlen wurden, Revue passieren lässt, so muss man sich wundern, dass überhaupt noch tuberkulöse

*) Aus: „Zeitschr. f. Tuberkulose und Heilstättenwesen", Bd. I. Heft 1.

Digitized by Google

Menschen existieren. Trotzdem giebt es eine berechtigte arzneiliche symptomatische Behandlung der Tuberkulose. Wir müssen uns nur bemühen, den Wert der angewandten Mittel auf das richtige Maass zu beschränken.

Diese Gesichtspunkte werden die kritische Besprechung der neuen für die Behandlung der Tuberkulose empfohlenen Medikamente und Nährpräparate in dieser Zeitschrift leiten.

Der häufig überaus lästige Reizhusten der Lungenkranken, ferner heftige Schmerzen bei Pleuritiden, Larynx- und Darmphthise erfordern manchmal die Anwendung narkotischer Mittel. Man soll natürlich mit denselben möglichst lange warten. Neuerdings werden Ersatzmittel des Morphins für unsere Zwecke empfohlen. Ausser den älteren Codeïn und Peronin (das chlorwasserstoffsaure Salz des Benzylmorphins) sind es in erster Linie Dionin (die salzsaure Verbindung des Morphinäthyläthers) und Heroin (Diacetylmorphin).

Während das Dionin seinen Platz als hustenlinderndes und schmerzstillendes Mittel in Dosen von 1—3 cg behauptet hat (Winternitz, Higier, Block), ist das Heroin nur mit Vorsicht zu gebrauchen. Als Maximaldosis muss 5 mg angesehen werden wegen der Giftigkeit des Medikaments (Harnack). Die Atmungsthätigkeit und die Erregbarkeit des Atemcentrums scheint es erheblich herabzusetzen (Winternitz). Bei Anwendung kleinster Dosen verlangsamt und vertieft es die Atmung (Fraenkel) und dadurch wird es zu einem brauchbaren Hustenmittel. Die Empfehlungen Deser's, Floret's, Leo's, Hollkamp's und anderer haben daher gewisse Berechtigung. Die beobachteten Collapswirkungen, auftretende Uebelkeiten, Schwindel, rauschähnliche Zustände selbst nach kleinen Dosen mahnen aber immer wieder zur Zurückhaltung im Gebrauch (E. Turnauer, Rosin). Auch dem Ref. sind derartige üble Nebenwirkungen des Heroins unangenehm aufgefallen.

Die Narcotica können wir ferner bei starker Dyspnoe der Lungenkranken nicht entbehren. Es lohnt sich, gegen dieses Symptom mit dem Oxykampher (3 mal tägl. 0,5 in Pulvern) oder dem Oxaphor (Sol. Oxycamph. [50%] 10,0 Spiritus vini, 20,0 Succi liqu. 10,0 Aqu. dest. ad. 150,0 3 mal tägl. 1 Essl.) einen Versuch zu machen. (Jacobson.) Auch der fortgesetzte Gebrauch von Jodipin (2—3 mal tägl. 1 Theel.) ist angezeigt, einer Verbindung von Jod und Sesamöl, die den Magen nicht schädigt und keinerlei Intoxikationserscheinungen hervorruft. Es soll länger als die Jodalkalien im Körper verweilen (Frese, Winternitz).

Antipyretica überschwemmen in letzter Zeit förmlich den Markt. Wir brauchen dieselben bei der Behandlung der chronischen Fieberzustände als Milderungsmittel, ohne uns hinsichtlich ihrer Heilwirkung zu grossen Illusionen hingeben zu dürfen. Erwähnen will ich, dass neuerdings von verschiedener Seite Citrophen (Boehm, Heidingsfeld, Frieser), eine Kombination von Citronensäure und Paraphenetidin und Aspirin (Wohlgemuth, Witthauer) (Acetylsalicylsäure) empfohlen wurden. Beiden wird auch eine gute Wirkung auf rheumatische Schmerzen und Pleuritiden zugesprochen. Die Ersatzmittel für Antifebrin und Phenacetin, ihre Sulfoderivate Cosaprin und Phesin kommen

Digitized by Google

für unsere Zwecke kaum in Frage, da ihre antipyretische Wirkung nicht gross zu sein scheint (Rosen.)

Ein sehr lästiges Symptom des Fiebers, die Nachtschweisse, gegen die wir in Anstalten nur selten medikamentös vorzugehen haben, bekämpft Hirschfeld mit Formalinalkoholpinselungen der Haut (40 % Formalinlösung werden mit gleichen Teilen Alcohol. absol. gemischt).

Die Ernährung des Phthisikers so zu gestalten, dass nicht nur dem drohenden Schwund der Gewebe vorgebeugt, sondern sogar Fleischansatz erreicht wird, ist eine der Hauptaufgaben der Therapie. Die Anorexie der Lungenkranken erschwert dieselbe in sehr vielen Fällen ausserordentlich, Wir warten noch auf das wirksame Stomachicum. Ob das Validol (eine Verbindung von Menthol mit Valeriansäure) den Erwartungen entspricht, ist sehr zweifelhaft. Vertun und Cipriani befürworten seine Anwendung, Lyonnet, Moritz und Martin die des Vanadium tägl. mehrm. 1—4 mg. Funktionelle Störungen und organische Veränderungen des Magens und Darms, in erster Linie die Darmtuberkulose selbst, sind naturgemäss meistens unüberwindbare Hindernisse für eine genügende Ernährung. Gegen die Diarrhöen der Phthisiker verordnet de Renzi eine Kombination von Jodoform und Tannin, gegen Obstipation Jodoform mit Naphthalin (0,2 Jodoform mit 0,4 Tannin resp. Naphthalin 2—4 mal tägl.).

Von Flatow wurde ein neues Adstringens „Tanocol", eine Verbindung von Tannin und Leim, in Dosen von 3mal tägl. 1 g nach den Mahlzeiten gegen die tuberkulösen Diarrhöen mit scheinbarem Erfolge eingeführt.

Künstliche Nährpräparate kommen zur Hebung des Ernährungszustandes chronisch Kranker in letzter Zeit vielfach zur Verwendung, Ein Mittel, welches die zu fordernden Eigenschaften der Billigkeit. der guten Resorbierbarkeit und angenehmen Darreichung vereinigt, ist das Plasmon (frz. Caseon). Die Eiweisskörper der Magermilch werden nach einem einfachen Verfahren zu einer pulverigen Masse verarbeitet. Es lässt sich in mannigfacher Weise reichen. Wir sind gewohnt, das Plasmon in Gaben von 30—60 g in Reisbrei verarbeitet, Kranken zu geben. Es wird so gern genommen, da man es weder schmeckt noch riecht. Vor der Verarbeitung mit dem Reis lässt man die Dosis Plasmon in Wasser quellen. Dass das Präparat im Organismus gut ausgenützt wird, beweisen die Arbeiten von Prausnitz und Block. Ueber das Eulactol, ein Gemisch von Eiweiss (28,5 %), Fett (14 %), Kohlehydraten (Milchzucker) (46 %), welches Swarsensky und Ewald empfehlen, fehlen uns Erfahrungen. Es scheint gleichfalls brauchbar zu sein.

Alle diese Nährmittel können nur Hilfsmittel bleiben. Der leichterkrankte Phthisiker hat sie nicht nötig, bei dem Schwerkranken ist oft alle Mühe umsonst. Der alte Leberthran, den man bei allen Neuerungen mit Unrecht etwas vergisst, wird neuerdings zweckmässig als Klysma in Mengen von 30—50 g und mehr gegeben bei Kranken, die den Geschmack des Mittels nicht ertragen und deren Magen empfindlich ist. (Zeuner.)

Die französischen Autoren Lancereaux und Paulasco wandten

Digitized by Google

zum ersten Male die Gelatine als blutstillendes Mittel an. In letzter Zeit wurden die subcutanen Einspritzungen von 50—200,0 g einer 2—3% Gelatinelösung (die Gelatine wird in 7‰ Kochsalzlösung gelöst und die Lösung sterilisiert) auch in Deutschland gegen Lungenblutung gemacht. Die Erfolge ermutigen zur Nachahmung. Bauermeister hat die Gelatine auch innerlich bei Hämoptoe gegeben.

An Bestrebungen, spezifisch wirkende Mittel gegen die Tuberkulose zu finden, hat es nie gefehlt. Es ist noch keines gefunden. Die Reihe der uneigentlichen Specifica wird immer grösser. Kreosotpräparate nehmen unter ihnen den ersten Platz ein. Das Thiocol (orthoguajacolsulfosaures Kalium) hat viel von sich reden gemacht. Es wird in Dosen von 3—10 g in Pulvern oder als 10% Thiocolsyrup (Sirolin) gegeben. Es ist wahr, das Mittel lässt sich leicht nehmen und hat keine unangenehmen Nebenwirkungen; ob es aber das leistet, was einige Autoren von seiner Wirkung sahen, bleibt abzuwarten (Schnirer, de Renzi und Boeri, Rossbach), die hohe Resorbierbarkeit des Mittels scheint festzustehen. Das kreosotsulfosaure Kalium, Sulfosot, und der Sulfosotsyrup sollen ähnliche Vorteile, wie das Thiocol besitzen (Schnirer).

Günstige lokale Wirkungen mancher Arzneien bei chirurgischer Tuberkulose geben oft den Anlass, dieselben Mittel innerlich in der Behandlung zu verwerten. Stepp sah gleichzeitig günstige Erfolge nach äusserer Anwendung von Fluoroformwasser bei Kniegelenkstuberkulose, Lupus, Analgeschwüren und interner bei Phthise. Seine Resultate wurden von Görl nicht bestätigt. Hahn pries eine Mischung von 35% Formaldehydlösung und Glycerin als heilende Injektionsflüssigkeit bei chirurgischer Tuberkulose. Lardner Green lobt Einatmungen, resp. Spray von Formalin bei Phthise (4,0 Formalin, 16,0 Glycerin, 120 Aqu. dest.) Die Inhalationstherapie spielt noch immer eine grosse Rolle in der Phthisisbehandlung, ohne dass die günstige Wirkung der Inhalationen mannigfacher Mittel bewiesen wäre. Intratracheale Injektionen von mit Medikamenten wie Jodoform, Menthol, Kreosot vermischtem Olivenöl, die kürzlich Mendel von neuem empfahl, gehören auch hierher.

Ueber Tanocol, ein neues Darmadstringens.*)

Von Dr. **Goliner**, Erfurt.

Die katarrhalischen Diarrhöen des Kindesalters gehören zu denjenigen Krankheitserscheinungen, welche von Anfang an recht ernst genommen werden müssen. Ist doch gerade bei Kindern die Gefahr für ihr Leben und ihre Gesundheit eine viel grössere als bei Erwachsenen, einmal wegen der grösseren Neigung der Darmfollikel zur Hyperplasie und Ulceration, und sodann wegen der bei Kindern

*) Aus: „Medicinische Rundschau“ No. 55, 1899.

Digitized by Google

vorherrschenden Tendenz der Mesenterialdrüsen, infolge wiederholter Reizungen der Darmschleimhaut anzuschwellen und zu verkäsen, geradeso, wie die Bronchialdrüsen infolge chronischer Bronchialkatarrhe. Dass hieraus schliesslich eine Miliartuberkulose resultieren kann, wird man ohne Weiteres zugeben. In der That sind es auch die Darmentleerungen, welche das Krankheitsbild der Tuberkulose der Bauchorgane beherrschen. Anfangs breiig, gallig gefärbt, werden die Ausleerungen später mehr dünnflüssig, mehr oder weniger entfärbt, fettreich und enthalten neben flockigen und schleimigen Beimischungen unverdaute Nahrung. Schon frühzeitig kann Blut in den Stuhlgängen in Gestalt von spärlichen Streifen oder in grösserer Menge enthalten sein, ein Zeichen, dass der Prozess auf tiefer gelegene Theile der Darmwand übergegriffen hat und sich im Dickdarm mit abspielt. Die Ausleerungen werden geradezu massenhaft, wenn ausser den geschwürigen Veränderungen im Darm noch diffus verbreiteter Darmkatarrh besteht. Den Stuhlgängen gehen oft kolikartige Schmerzen voran; sie sind bedingt durch vermehrte Peristaltik und damit verbundene Zerrung der im Peritoneum verlaufenden Nerven. Halten sich nun die Ausleerungen in mässigen Grenzen, so können immerhin Monate bis zum tötlichen Ausgang vergehen; ja es können bei zeitweiligem Aufhören der Diarrhöen die Kinder sich wieder einigermassen erholen. Dagegen führen anhaltend profuse Diarrhöen gewöhnlich rasch zum Ende.

Chronische Darmkatarrhe der Erwachsenen können infolge der gestörten Darmresorption, welche kopiöse Diarrhöen mit sich bringen, das Allgemeinbefinden merklich benachteiligen; die Kranken verlieren an Kräften, magern ab und bekommen ein bleiches, krankhaftes Aussehen, so dass Bedenken über das Bestehen eines ernsteren Leidens auftauchen können. Sind die abgehenden Schleimmassen mit leichten Blutstreifen vermischt, so wird man an beginnende folliculäre Geschwürsbildung denken, besonders dann, wenn kleine Schleimklümpchen in Form von gequollenen Sagokörnern, an denen manchmal Blutspuren haften, in den Dejektionen vorhanden sind. Diese Klümpchen entstehen derart, dass sich etwas Schleim in den rundlichen Vertiefungen, welche bei dieser Geschwürsbildung entstehen, anhäuft und diese Form bewahrt, wenn er gelegentlich abgelöst und ausgetrieben wird. Im Blinddarm bilden sich vermöge besonderer lokaler Bedingungen aus ursprünglichen Katarrhen zuweilen Geschwüre hervor, welche von der Schleimhaut aus in die Tiefe dringen können, so dass sämmtliche Häute des Darmes gereizt und in Entzündung versetzt werden. Dieser Entzündung gehen öfter Koliken und Darmkatarrh als Vorboten voraus, so dass zeitweisse über Leibschmerzen geklagt wird und abwechselnd Verstopfung und Durchfall bestehen.

Wenn die zahlreichen adstringirenden Mittel, welche man gegen akute oder chronische Enteritiden anwendet, nicht immer den gewünschten Erfolg zeigen, so erklärt sich dies aus dem Umstande, dass die betreffenden Mittel keine adstringirende Wirkung auf die tieferen Abschnitte des Darmrohres zu entfalten vermögen, weil sie schon im Magen oder Duodenum resorbirt werden. Nach den heutigen pharmakologischen Anschauungen verlangen wir von einem

Digitized by Google

Darmadstringens, dass es im Magen schwer löslich ist, es im alkalischen Darmsaft sich langsam löst und auch die unteren Abschnitte des Darmes zu beeinflussen vermag. Diesen Anforderungen konnte aber das Tannin, ein früher viel gebrauchtes Adstringens, nicht genügen, weil es als Gallussäure in's Blut aufgenommen wird und als solche nicht sekretionsbeschränkend wirkt. Dagegen lehrt uns die Pharmakologie, dass Leimstoffe sich mit Gerbsäure zu unlöslichen Verbindungen vereinigen; das so entstehende Leimtannat ist, wie neuere Versuche gelehrt haben, in schwach sauren Flüssigkeiten und auch im künstlichen Magensaft fast völlig unlöslich, in alkalischen Flüssigkeiten jedoch löslich. Es ist also ohne Weiteres klar, dass eine Gerbsäureverbindung des Leims ganz andere energischere Wirkungen auf die Schleimhäute des Darmes entfalten wird als die Gerbsäure allein. Denn während letztere bereits im Magen zurückgehalten wird, muss die im Magensaft unlösliche Gerbsäureleimverbindung unzersetzt in den Darm gelangen und in diesem allmählig aufgelöst werden und Adstriction bewirken. Eine solche Verbindung stellt das Tanocol dar. Das Tanocol ist ein grauweisses, vollständig geruch- und geschmackloses Pulver, welches zu etwa gleichen Theilen aus Tannin und Leim besteht, im Magensaft unlöslich ist, dagegen vom alkalischen Darmsaft unter Abspaltung von Tannin gelöst wird. Es stellt eine sehr reine Gerbesäureverbindung des Leims dar, welche den Magen fast unzersetzt passirt und im Darme allmählich sich auflösend kräftig adstringirend wirkt. Da somit das Tanocol alle Bedingungen erfüllt, welche man an ein rationelles Darmadstringens stellt, so zog ich es in einer Reihe akuter und chronischer Darmkatarrhe in Anwendung. Ich gab Kindern im Alter von 2—6 Jahren 0,3—0,5 gr Tanocol und liess Fleischbrühe nachtrinken, während Erwachsene 1 gr erhielten. Der Erfolg war durchaus zufriedenstellend, indem nach Gebrauch von 3—4 gr die wässerigen Ausleerungen aufhörten und der Stuhlgang eine feste, normale Form annahm. Bei tuberkulösen Kindern wurde durch Tanocol ein Nachlass der profusen Diarrhöen erzielt und damit eine sichtliche Besserung der Ernährung und des Allgemeinbefindens, wie aus folgenden Krankengeschichten, welche ich einer grösseren Reihe entnehme, hervorgeht.

1. Ein 3jähriges Mädchen litt seit Monaten an einem hartnäckigen chronischen Darmkatarrh; es gingen täglich copiöse schleimige Entleerungen ab, es stellte sich Meteorismus, abnorme Abmagerungen ein. Nachdem verschiedene Adstringentien, wie Opium, Colombo, Plumbum aceticum u. a. m. ohne Erfolg gegeben worden, gab ich der Patientin 3mal täglich je 0,3 gr. Tanocol. Nach der dritten Dosis verminderten sich die Stühle von 8—10 auf 2—3 täglich und zeigten nach Verbrauch von 2 gr. Tanocol ein fast normales Aussehen. Nach achttägiger Behandlung erfolgte täglich nur 1 mal Stuhlgang, der Meteorismus war verschwunden, das Aussehen des Kindes besserte sich zusehends.

2. Ein 5jähriger schwächlicher Knabe, welcher schon früher öfter an Diarrhöe gelitten hatte, entleerte seit einigen Tagen 5—6 käsige Stühle von aashaftem Geruch. Appetit nicht vorhanden, Kollern im Leibe, Neigung zum Brechen. Der Kleine erhielt 3 mal

Digitized by Google

täglich je 0,5 gr. Tanocol und dünne Taubenbrühe. Schon am folgenden Tage zeigten sich die Faeces, welche nur 2 mal täglich abgingen, ein besseres, gelbliches Aussehen; nach Verbrauch von 3 gr. Tanocol waren sie nahezu fest.

3. Ein 7 jähriger Knabe bekam infolge eines Diätfehlers eine starke Diarrhöe. Die Stühle bestanden fast nur aus Schleim und Blut und erfolgten alle halbe Stunde unter heftigen kolikartigen Schmerzen; vollständige Appetitslosigkeit, Zunge dick graugelb belegt, Unterleib wenig empfindlich, schlaff. Patient nahm 3 mal täglich $^1/_2$ gr Tanocol und trank etwas erwärmten Rothwein nach. Am folgenden Tage war das Befinden auffallend besser; die Faeces sahen gelblich aus und zeigten eine festere Form; es erfolgten nur 2 Ausleerungen täglich; der Kleine erholte sich binnen wenigen Tagen.

Besonders möchte ich noch hervorheben, dass die Kinder das Tanocol sehr gern nahmen, da es den Magen nicht belästigt und vollständig geruch- und geschmacklos ist. Sämtliche 20 Kinder, welche ich mit dem Tanocol behandelte, wurden wesentlich besser, zum Theil genasen sie vollständig. Auch Erwachsene lobten die gute stopfende Wirkung des Mittels bei akuten und chronischen Darmkatarrhen. Das Tanocol gehört zu den besten Darmadstringentien, welche die neuere Materia medica aufzuweisen hat.

Referate.

Die Myotonie der Säuglinge und deren Beziehungen zur Tetanie. Von Hochsinger. (Wiener medic. Wochenschr. Nr. 7—12. 1900.)

Am Schlusse einer sehr ausführlichen Arbeit über Myotonie der Säuglinge bemerkt H., dass die Muskelhypertonien der frühesten Lebensperioden sowohl physiologischer, als auch pathologischer Art sein könen, wobei man im Auge behalten muss, dass nicht zwei vollkommen von einander abgrenzbare Erscheinungsformen vorliegen, sondern dass Uebergänge zwischen beiden Arten der Muskelhypertonie der Neugeborenen unter allen Umständen nur eine durch Ernährungsstörungen des Centralnervensystems hervorgerufene Steigerung der physiologischen Hypertonie darstellt.

Die resumierende Rückschau über die ganze Lehre ergiebt:

I. Die Myotonia physiologica neonatorum. Die Charaktere derselben sind: leichte Rigidität der Extremitätenbeuger, Tendenz zu leicht flectierter Finger- und Zehenhaltung bei sonst vollkommenem Wohlbefinden des Säuglings. Kommt nur während der ersten drei Lebensmonate vor.

II. Myotonia pathologica. Die Krankheitsfälle lassen sich ja nach der Intensität der Erscheinungen in drei verschiedene Gruppen bringen.

1. Die Myotonie ersten Grades: Charakteristisch für diese Form ist die Erregbarkeit des Faustphänomens bei Compression des

Digitized by Google

Sulcus bicipitalis internus. Daneben besteht Flexorenhypertonie mässigen Grades. Diese Form findet sich mitunter bei geringfügigen Verdauungsstörungen und kommt mit besonderer Vorliebe in den ersten Lebenswochen, jenseits des zweiten Lebensmonates aber schon sehr selten vor.

2. Myotonie zweiten Grades oder Myotonia spastica perstans charakterisirt sich durch Bestehen symmetrischer permanenter Flexionskrämpfe der Hände und Füsse, durch Versteifungen der Extremitätenbeuger und -Adductoren und ausschliessliches Befallensein der Extremitätenmuskeln. Diese Krankheit entsteht bei septischen Processen, bei schweren Darm- und Hautkrankheiten und auch bei hereditärer Lues. Tritt in den ersten Lebenwochen sehr häufig auf, nach dem ersten Lebensquartal ist sie relativ selten.

3. Myotonia tetanoides oder Pseudotetanus. Diese Form ist charakterisiert durch Uebergreifen des myotonischen Vorganges auf die Rumpf-, Nacken und eventuell auch auf die Gesichtsmusculatur.

Allen pathologischen Myotonieformen ist das Vorkommen des Faustphänomens gemeinsam, während das Facialisphänomen immer fehlt.

Was die Prognose anbelangt, muss hervorgehoben werden, dass das Auftreten dieser Krankheit bei Säuglingen nicht gern gesehen ist und dass es stets auf eine schwere toxische Beeinflussung des Rückenmarkes hinweist. Jedoch können diese Spasmen und der Pseudotetanus nach Beseitigung des Grundleidens schwinden. Eine directe Therapie der Myotonie contractären existiert nicht. Weder die Sedativa, noch die Narcotica haben irgend einen Einfluss. Die Behandlung ist nur gegen das bestehende Grundleiden zu richten.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Klystiere und Suppositorien von Heidelbeerextract zur Behandlung von colitischen Processen. Von H. Strauss (Therap. Monatsh. 1900. III.).

Zur Bereitung von Heidelbeerklystieren und -Suppositorien empfiehlt St. die Benutzung eines fertig gelieferten Heidelbeerextractes (J. Fromm-Frankfurt a. M). Es bietet nach mancher Richtung Vortheile, so für den Patienten, welchem die Hülfsmittel der Küche nicht ohne Weiteres zur Verfügung steht, für Krankenanstalten mit Centralisationen des Küchenbetriebes, wo die Herstellung der Winternitz'schen Abkochung auf Unannehmlichkeiten stösst. Wichtig vor allem ist die Gewinnung eines stets möglichst gleichartig zusammengesetzten Präparates zum Ausgangspunkt für Klystiere und Suppositorien. Das honigdicke Extract wird unter Zusatz von etwas Soda zur Abstumpfung der Säure in $^1/_4$ l heissen Wassers gelöst. Die Klystiere wurden 2mal täglich als Bleibeklystiere gegeben und 5 Minuten bis $2^3/_4$ Stunden zurückgehalten, ohne das Klagen über unangenehme Sensationen auftraten. Bei Lokalisirung des Krankheitsprocesses im unteren Darm zeigte sich je nach der Schwere des Falles früher oder später eine mehr minder ausgeprägte Besserung, welche stets eintrat, wenn es nicht um einen verzweifelten Fall oder

Digitized by Google

eine Betheiligung der oberen Darmpartien sich handelte. Günstig waren die Erfolge bei Proctitis, subacuter und chronischer Colitis, Sigmoiditis, Colitismucosa. Die Wirkung stand der des Tannin-, Wismuth-, Argentum-, Aluminium-aceticum-Klystieren mindestens gleich, wurde nur noch übertroffen von Stärkemehl-Opium-Klystieren. Gleichzeitige Dünndarmaffectionen erfordern auch Verabreichung adstringirender Mittel per os. Im Uebrigen wurde, um die Beurtheilung nicht zu erschweren, auf eingreifende Diätveränderungen und weitere medicamentöse, speciell locale Behandlung verzichtet. Die Klystiere schienen auf das erkrankte Colon eine intensivere Wirkung zu entfalten, als die Suppositorien, wohl weil das adstringirende Princip leichter auf eine grössere Fläche sich ausdehnen und einwirken kann. Der Erfolg der Behandlung erschien um so aussichtsvoller, je mehr die Erkrankung auf Colon desendens bezw. Rectum localisirt war.

v. Boltenstern-Bremen.

Zur Behandlung der chronischen Obstipation im Kindesalter.

Von Dörfler. (Münch. med. Wochenschr. 1900 No. 4.)

Die Obstipation der Säuglinge kommt dadurch zu Stande, dass in Form von Kuhmilch-Wassergemengen eingeführte Nahrung 1) zu wasserreich und voluminös, 2) zu fettarm ist und dass 3) die Caseinverdauung im Kindesdarm durch die übermässige Verdünnung des Magen- und Darmsaftes und wohl auch der Galle in gesundheitsschädlicher Weise gehemmt ist. Magen und Darm sind dadurch in ihrer physiologischen Thätigkeit behindert, das Casein kann nicht mehr überwältigt werden und ballt sich im Verein mit den übrigen Trockensubstanzen zu einem trockenen, zähen Speisebrei und später Koth zusammen, der durch seine Wasserarmuth dann auch träge lange Zeit liegen bleibt. Eine Besserung der Obstipation erzielte D. schon dadurch, dass er kleinere und mehr Milch enthaltende Nahrungsmengen verabreichte. Setzte er aber der Milchwassermischung frische, süsse Butter hinzu, so erreichte er dadurch, dass die Nahrungsbestandtheile reizlos reichlich vermehrt und andererseits die gehemmte Darmthätigkeit angeregt wurde. Die hartnäckigste Obstipation kann durch die Butter bei sonst nicht kranken Kindern spielend beseitigt und dauernd geheilt werden, ausserdem wird durch dieselbe das Allgemeinbefinden der Säuglinge und auch älterer Kinder bis zum 5. und 6. Lebensjahre herauf in günstigster Weise beeinflusst.

Die zu verabreichende Butter muss stets frisch und bester Qualität sein, am besten sogen. Gebirgsbutter (Centrifugenbutter). Auf dem Lande verabreicht man stets ganz frisch bearbeitete gewöhnliche Butter. Die Einzelgabe muss streng individualisiert werden. Im 2. und 3. Monat giebt man früh und abends ½—1 Kaffeelöffel und zwar so lange, bis normaler Stuhlgang erfolgt, dann nur alle 2 Tage diese Dosis; im folgenden Monat 2—3 Kaffeelöffel täglich; ist der Stuhlgang geregelt, dann wird Butter nur im Bedarfsfalle in derselben Menge alle 2—3 Tage gegeben; vom 5. Monate an bis zu einem Jahre alle 2 bis 3 Tage 1—3 Esslöffel, längere Zeit hindurch. Von da ab nach Bedarf und Notwendigkeit.

Digitized by Google

Die Butter darf nur im Rahmzustand gegeben werden, nie in Milch gelöst oder in andere Vehikel verrührt. Butter, die schon mehrere Tage alt ist, muss vermieden werden.

Die Kinder dürfen nur dann Butter bekommen, wenn sie nur an Verstopfung und deren Folgen leiden. Es darf kein Magen- oder Darmkatarrh etc. bestehen, die Ernährung muss einigermassen rationell bisher durchgeführt worden sein, die Kinder müssen ihre bisherige Nahrung vertragen und dabei relativ gedeihen. Alle Erkrankungen dagegen, deren Ursache die Obstipation ist, sind keine Contraindikation.

D. hat auch bei anaemischen Kindern mit Neigung zu Rachitis, Kinderatrophie etc., auch wenn sie nicht an Verstopfung litten, durch Butterzusatz zur Nahrung günstige Erfolge erzielt.

Schnell-Egeln.

Ein Fall von Phthisis renum. Von Josef Friedjung. (Arch. f. Kinderheilk., 25. Band.)

Die ehemals so schwierige Diagnose der Nieren-Tuberkulose ist jetzt durch die Möglichkeit des Nachweises des Bacillus wesentlich erleichtert und wird daher häufiger gestellt. Es ist das wichtig, weil daraufhin der Chirurg einen erfolgreichen Eingriff vornehmen kann. In dem mitgeteilten Falle führte die Anamnese zu einer falschen Diagnose. Aus der Krankengeschichte sei folgendes hervorgehoben: Ein 7jähriges Mädchen hat vor zwei Jahren Scharlach mit nachfolgender Nephritis gehabt. Seitdem ist das Kind leidend. Vor etwa 1½ Jahren Entstehung einer angulären Kyphose im obern Brustsegment. Seit zwei Monaten heftige Schmerzen im Abdomen, Kopfschmerzen, Fieber, Durst, geringer Appetit; bisweilen Erbrechen, Stuhl regelmässig, Urin angeblich kaum vermindert.

Status 23. IX.: Temperatur 37,1°, Puls 108, geringe Spannung, Respiration regelmässig costo-abdominal. Kind sehr herabgekommen, Gewicht 11 kg. Gesichtsausdruck leidend. Augen tiefliegend, Zunge weiss belegt. Epigastrischer Winkel 90°, Lunge normal, Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne rein. Milz und Leber etwas vergrössert, beide hart. — Gibbus der oberen Brustwirbelsäule. Urin klar, 24stündige Menge normal. Viel Albumen-Sediment: reichliche Lymphkörperchen, spärliche rote Blutzellen, Tuberkelbac. negativ. 27. IX.: Temperatur 36,6°, Respir. 56. Rechts hinten oben gedämpft-tympanitischer Schall. Ueber beiden scapulis bronchiales Atmen. Gegen Abend exitus.

Obduction: Phthisis renum. Tuberkulose des oberen Teils der Ureteren. Spondyl. tub. Beiderseits Lobulärpneumonie. Fettleber.

Die erste Diagnose lautete: Spondyl. tub., Tabes mesaraica, Amyloid der Nieren, Milz, Leber.

(? Fettleber). Gegen die Annahme einer chronischen Nephritis sprach der Herz- und Harnbefund.

Es liegt die Vermutung nahe, das die Nephritis scarlat. für den Koch'schen Bacillus einen locus min. resist. schuf.

Dr. Friedmann-Beuthen.

Kräftige Kost. Von Czerny. (Jahrbuch f. Kinderheilk. 51. Bd. 1. Heft.)

Unter kräftiger, roborierender Kost versteht man im Allgemeinen

Digitized by Google

die Ernährung mit Milch, Eiern und Fleisch. Bei der Begründung der Auswahl dieser Nahrungsmittel galt von Anfang an der hohe Eiweissgehalt als wichtigster Faktor, der nach Liebig ausschliesslich den Nährwert bestimmen sollte. Trotzdem sich diese Anschauung als unhaltbar gezeigt hat, fährt man fort, diese sog. kräftige Kost bei Gesunden und Kranken als die richtige zu betrachten.

C. hat Gelegenheit gehabt, zahlreiche „kräftig" genährte Kinder zu beobachten, konnte aber keineswegs gute Erfolge wahrnehmen, sondern sammelte Erfahrungen, die er für mitteilenswert hält: Die habituelle Obstipation der Kinder ist häufig eine Folge der Ernährung mit Milch; sie erreicht besonders hohe Grade, wenn die Kinder mit Milch so gesättigt werden, dass sie nur ganz unbedeutende Mengen anderer Nahrung zu sich nehmen können. Meist schwindet die Obstipation, wenn die Milchnahrung durch eine gemischte Kost ersetzt wird. — Bei mit grossen Mengen Milch ernährten Kindern fällt auch oft eine abnorme Blässe auf, welche se hr hohe Grade erreichen kann. Bei ausschliesslicher Milchdiät bleiben auch alle Eisenpräparate wirkungslos auf die Anaemie. Sie bessert sich aber oder schwindet vollständig, wenn die Milchdiät durch eine gemischte, an Vegetabilien reiche Kost ersetzt wird.

Weiter beobachtete C. schleimige Diarrhoen oft bei solchen Kindern, die mit Eiern überernährt wurden.

Bei vorwiegend mit Fleisch ernährten Kindern zeigte sich reicher Harnsäure-Niederschlag im Urin, bei einigen Mädchen bestand Vulvitis. Diese Erscheinungen, die als Zeichen gichtiger Anlage bezeichnet werden konnten, verschwanden, wenn die kräftige Kost durch eine an Vegetabilien reiche Nahrung ersetzt wurde. Nicht unerwähnt ist zu lassen, dass die Kinder, welche mit überwiegender Fleischnahrung ernährt wurden, gegenüber denjenigen, welche Eier oder Milch vorzugsweise erhielten, infolge ihrer besseren Gesichtsfarbe auch ein besseres Aussehen zeigten.

Als ein Symptom, welches von einem bestimmten Teil einer kräftigen Kost abhängig erscheint, ist, auch die gelbe Hautfarbe anzusehen, die bei mehr oder weniger fetten Kindern allmählich auftritt und unverändert Wochen und Monate bestehen bleibt, eine Störung, die sich ausschliesslich bei Kindern bemittelter Eltern findet.

Als eine weitere Eigentümlichkeit der mit kräftiger Kost ernährten Kinder ist die Neigung zu Hautkrankheiten hervorzuheben. In zweifacher Weise äussert sich der Einfluss dieser Ernährung auf die Haut: erstens derart, dass bei solchen Kindern viel häufiger Hautkrankheiten vorkommen, und zweitens, dass Hautkrankheiten viel hartnäckiger der Therapie widerstehen, als bei zweckmässig ernährten Kindern.

Schlechter Schlaf wurde bei einer Zahl von kräftig genährten Kindern angegeben, und zwar zeigte sich hier, dass es sich regelmässig auch um quantitativ überernährte Kinder handelte.

Irrig erscheint die Annahme, dass die kräftige Kost einen günstigen Einfluss auf die Scrophulotuberkulose ausübt. Diese müsste bei den Kindern bemittelter Stände schon längst zu einer Seltenheit geworden sein, wenn sich mit der kräftigen Kost prophylaktisch

Digitized by Google

etwas erreichen liesse. In Bezug auf den Verlauf dieser Krankheit ist auch zwischen kräftig und nicht kräftig genährten Kindern ein Unterschied nicht zu erkennen.. Nach C.'s Erfahrung ist die kräftige Ernährung weder prophylaktisch noch therapeutisch von Nutzen, sie kann aber in vielen Fällen wegen der oben beschriebenen Folgezustände noch zu überflüssigen Komplikationen Veranlassung geben.

Die Durchführung einer kräftigen Kost bei neuropathischen Kindern hat die Entstehung hysterischer Erscheinungen eher befördert als sie hintangehalten.

Ob kräftig ernährte Kinder für manche Infektionskrankheiten weniger empfänglich sind, oder ob einzelne dieser Krankheiten bei denselben günstiger verlaufen als bei anders genährten Kindern, erscheint nach keiner Richtung klargestellt.

Die einzige Indikation für eine kräftige Kost ist, dass man zur Regeneration verloren gegangerer Gewebe nach erloschener Infektion vorübergehend eine eiweissreichere Nahrung zuführt. Auch hier wurden zweckmässig zu den Eiern, Milch und Fleisch noch Kohlehydrate hinzugefügt.

Schnell-Egeln.

Ueber Eulactol, ein neues Nährpräparat. Von Frieser. (Klin. therapeutische Wochenschrift No. 6. 1900.)

Das Eulactol stellt ein feines, weisses Pulver dar, welches vollkommen löslich ist und einen guten Geschmack besitzt. Nebst ausreichenden Mengen Eiweiss enthält das Präparat 14·28 Prozent Fette und 46·35 Prozent Kohlenhydrate. Von mineralischen Bestandteilen enthält dasselbe nahezu 4·5 Prozent u. z. Chlornatrium, kohlensaures Natron, Phosphorsäure, Kalk, Magnesia und Eisenoxyd. Die zweckmässige Konstitution des Präparates hat F. veranlasst, das Eulactol bei mangelhafter Ernährung und bei Ernährungsstörungen verschiedener Art in Anwendung zu bringen, so bei chronischen Krankheiten des Magendarmkanales, bei Tuberkulose, Scrofulose, Rhachitis und auch bei schlechtgenährten und mangelhaft entwickelten Kindern, insbesondere auch bei Säuglingen, die der Mutter- oder Ammennahrung nicht teilhaftig werden konnten. In allen diesen Fällen hatte F. Gelegenheit, den Nutzen dieses Präparates zu erproben. Die durch anhaltende dyspeptische Zustände und durch langanhaltende Magendarmkatarrhe in ihrer Ernährung herabgekommenen, nahezu atrophisch gewordenen Säuglinge erhalten sich bei Gebrauch des Eulactols recht gut und gedeihen fortan unter diesem Regime ganz prächtig. Bemerkenswert ist, dass in zwei beobachteten Fällen die kranken Säuglinge, die früher aus zur Hälfte mit russischem Thee verdünnter Milch bestehende Nahrung in ausreichender Menge nicht nehmen wollten, das in Milch gereichte Eulactol gerne, ja begierig nahmen und anstandslos vertrugen. In allen diesen Fällen, in denen wegen der gestörten Ernährungs- und Verdauungsverhältnisse die gewöhnliche Nahrung zurückgewiesen oder nicht vertragen wurde und auch verschiedentlich in Anwendung gebrachte künstliche Nährmittel nicht gerne genommen wurden, ja

Digitized by Google

mitunter sogar einen nahezu unüberwindlichen Widerwillen erzeugten, hatte das Eulactol vorzügliche Dienste geleistet. Es ist somit nach den bisherigen Erfahrungen F.'s das Eulactol als ein nach jeder Richtung hin gutes und zweckdienliches Präparat zu bezeichnen, welches, wenn auch allein zu einer ausschliesslichen Ernährung für die Dauer nicht ausreichend, von hervorragendem diätetischem Werte ist, viele Vorzüge in sich vereinigt und als ein vorzügliches Unterstützungsmittel in der Ernährung und diätetischen Behandlung gelten muss. Das Eulactol wurde in Gaben bis zu 70 gr. täglich verordnet und in Kaffee, Milch oder Kakao und in gegebenen Fällen auch fortdauernd gebraucht.

Goldbaum (Wien).

Ueber die Anwendung des Alsols in der Medicin und Chirurgie. Von Königschmied. (Therapie der Gegenwart 1900, Februar.)

An Stelle der essigsauren Thonerde, der als Fehler die geringe Haltbarkeit und verhältnissmässig geringe Concentration anhaftet, wird von der Firma Athenstaedt & Redeker in Hemelingen die essigweinsaure Thonerde unter dem Namen Alsol in den Handel gebracht.

K. hat die günstige Wirkung des Alsols bei den verschiedensten Krankheiten erprobt. Als Gargarisma übertrifft es vermöge seiner adstringirenden Eigenschaften bei weitem das chlorsaure Kali. Bei Mund und Rachengeschwüren, Glossitis, Croup, Diphtherie lässt man mit einer 1% Lösung fleissig gurgeln, bei den beiden letzten die erkrankten Partien häufiger mit einer 5% Lösung touchiren. Eine halbprocentige Alsollösung ist zum täglichen Gebrauch als Mundwasser sehr zu empfehlen.

Ganz vorzüglich bewährt sich das Alsol in der chirurgischen Praxis. Frische Wunden werden zunächst mit Orthoform bestäubt, dann wird eine ½—1%ige Alsollösung aufgelegt, die man ca. fünf Minuten einwirken lässt. Dann vereinigt man die Wundränder und legt einen Verband an, nachdem man vorher die Wundfläche mit einem feuchten, in Alsollösung getränkten Gazestückchen bedeckt hat.

Auch bei Erysipel und beginnender Phlegmone lässt man Umschläge mit Alsollösung machen.

In der gynäkologischen Praxis verordnet man bei Fluor albus Ausspülungen mit ½%igen Alsollösungen und behandelt ausserdem noch mit Tampons (1%ige Lösung), die 3—4 Stunden lang in der Vagina möglichst bis an die Vaginalpation heraufgeschoben liegen bleiben.

Ausgezeichnet eignen sich ½%ige Lösungen zur Ausspülung des Uterus post partum und bei Endometritis puerperalis.

Es empfiehlt sich, das Alsol, das sich nur sehr langsam in Wasser löst, in 50%iger Lösung zu verschreiben, der man zweckmässig 5% Eisessig zusetzen lässt.

Schnell-Egeln.

Phosphor bei Rhachitis. Von Prof. Kassowitz. (Therapeutische Monatsh. 1900, 4.)

J. Schwarz (Deutsch med. Wochenschrift 1900, 5) hat be-

Digitized by Google

hauptet, vor dem durch Kassowitz in die Praxis eingeführten Phosphor würde heute von den meisten Autoren gewarnt. Verf. lässt dementgegen die näheren Aeusserungen über diese Behandlungsmethoden Revue passieren und kommt bei der kurzen Uebersicht der gesamten Literatur über die Phosphortherapie bei Rhachitis zu dem Schluss, dass gerade im Gegentheil die Autoren durchweg günstig sich aussprechen. Die Zufriedenheit und Anerkennung, welche diese Behandlungsmethode auch in der Clientel sich erworben hat, illustriert der ausserordentliche Aufschwung, welcher die Therapie an den Verf. geleiteten Anstalt seit der ersten Publikation genommen hat. Während die Zahl der wegen Rhachitis in die Anstalt aufgenommen und mit Phosphorleberthran behandelten Kinder im Jahre 1881 nur 414 betrug, waren es im Jahre 1899 in allen internen Abteilungen 9312 Patienten. Für die Jahre 1887—1899 beziffern sich die mit Phosphor behandelten Rachitisfälle auf 95088, ohne dass damit das Phosphormaterial erschöpft ist. Nicht mitgerechnet sind die chronischen Bronchitiden, Pseudoleukämien, Eklampsien, Laryngospasmen, Tetanien die der chirurgischen Abteilung überwiesenen Skoliosen u. a. der rachitischen Kinder, bei welche gleichfalls die Phosphortherapie eingeleitet worden ist. Sicher sind in der Anstalt mehr als hunderttausend Kinder mit Phosphor behandelt, ohne dass je irgend Etwas beobachtet wäre, welches auch nur im Entferntesten eine Warnung vor der Behandlungsmethode verständlich, geschweige denn berechtigt erscheinen liesse.

Boltenstern-Bremen.

Ueber die Art der Verabreichung des Orthoform. Von Bardet und Blondel. (Socété de Thérapeutique nach einem Referate in der klinisch-therapeutischen Wochenschrift No. 15, 1900).

Bardet hat bei zwei Ammen mit Fissuren der Brustwarze Orthoform in Pulverform angewendet mit sehr raschem Erfolge. Bei einer dritten Amme, welche eine ausserordentliche Empfindlichkeit der Brustwarze ohne wahrnehmbare Fissur zeigte, blieb die dreitägige Anwendung von Arthoformpulver ohne Erfolg und erst auf Applikation des Mittels in folgender Form trat bald Anaesthesie ein.

Rp. Orthorm 5·0
Aeth. sulf. q. s. ut solv.
Ol. amygd. dulz. 70·0

Nach Einpinselung dieser Lösung auf die Brustwarze stellte sich ein lebhaftes Brennen ein, das 1—2 Minuten anhielt, aber nach der Verdunstung des Aethers lagerte sich das Orthoform in allen Falten ab und brachte den Schmerz zum Schwinden. Uebt man die Vorsichtsmassregel, vor dem Stillen die Brustwurze mit 20 % Alkohol abzuwaschen, um jede Spur des Orthorms zu entfernen, so treten beim Säugling keinerlei unangenehme Nebenerscheinungen auf.

Blondel hat das Orthoform in mehr als 150 Fällen von Schleimhautfissuren angewendet. Nach seinen Erfahrungen spielt der modus procedendi bei der Anwendung dieses Mittels eine grosse Rolle. Da das Pulver nicht mit allen Falten und versteckten Stellen der Fissuren in direkten Contakt kommt, muss man es in 40° Alkohol bis zur

Digitized by Google

Saturation lösen. Man giesst von dieser Lösung 2—3 Tropfen auf die Fissur, lässt den Alkohol verdunsten und gestattet das Stillen erst nach $^1/_2$—1 Stunde. Nach dem Säugen wird die Brust gewaschen, getrocknet, in der beschriebenen Weise mit Orthoform behandelt und mit Borwasser verbunden. Nie zeigten die Säuglinge welche Intoxicationserscheinungen, Diarrhöen oder anderen Nachteilen. —

Dr. Goldbaum-Wien.

Haematogenum siccum Schneider (Sicco). Von Goldmann (Klinisch-therapeutische Wochenschrift No. 11 1900.)

Es ist bereits vielfach anerkannt, dass bei Behandlung anämischer Zustände diätetische Präparate einen grossen Werth haben. Unter diesen diätetischen Mitteln spielt in neuerer Zeit das „Haematogenum siccum Schneider" oder kurzweg „Sicco" genannt, eine grosse Rolle. Als man in neuerer Zeit die diätetische Behandlung bei Stoffwechselerkrankungen anwendete, hat G. bei Tuberculose, Scrofulose und Rhachitis Versuche mit Sicco mit ausserordentlichem Erfolge gemacht. Die Provenienz und die Herstellungsweise derselben und der hohe Gehalt an Nährsubstanzen und da dasselbe erwiesenermassen bis 98% resorbirt wird, machen es bei Behandlung der Tuberculose zu einem sehr werthvollen Mittel. Dasselbe wird als Zusatz zu andern Nahrungsmitteln z. B. in Thee, Cacao, Chocolade und Wein genommen. Es kann auch in Verbindung mit Creosot, Guajacetin, Thiocol, Sirolin bei Tuberculose verordnet werden und in Verbindung mit diesen Mitteln ist es von grossem therapeutischen Vorteil. Die Kranken erholen sich unter dieser Medication sichtlich rascher, nehmen an Körperkraft und Gewicht auffallend zu und werden viel rascher einer Besserung, eventuell auch einer vollständigen Heilung zugeführt. Selbst bei einigen Kranken, welche nach wiederholter schwerer Haemoptoe überaus arg herabgekommen waren, beobachtete G. bei dieser Medication eine bedeutende Besserung des Ernährungszustandes und Zunahme an Körperkraft. In vier Fällen von nachgewiesener Tuberculose wirkten „Haematogenum siccum Schneider" 0·30 und „Guajacetin" 0·25 in Gelatinekapseln 4 mal täglich je eine Kapsel genommen, so vortrefflich, dass nach 3—5 Monaten die Patienten sich äusserst wohl befanden, der Husten verschwunden war, das Aussehen ein vortreffliches wurde, das Körpergewicht um $2^1/_2$—4 kg zunahm und das Sputum, in welchem früher Tubercelbacillen gefunden wurden, jetzt bei wiederholter Untersuchung keine Bacillen mehr zeigte. Auch bei scrophulösen Affectionen verschiedenster Lokalisation erzielte Verf. bei monatelang anhaltendem Gebrauche dieses Präparates bedeutende Besserung und auch mitunter vollständige Heilung. Er wandte das Mittel bei 12 an Scrofulose leidenden Kindern an und schon nach kurzer Zeit gingen die Drüsentumoren allmählich zurück, verkleinerten sich von Woche zu Woche, und in einem sehr hartnäckigen Falle, bei einem 5jährigen Knaben mit beiderseitigen, grossen Schwellungen der Halsdrüsen, hartnäckiger Coryza und Conjunctivitis, sowie eitriger Otorrhoe trat nach beiläufig 10 Monaten vollständige Heilung ein und von sämmtlichen Begleiterscheinungen der Scrofulose recidivierte

Digitized by Google

bisher keine einzige. Bei anämischen Kindern, auch bei katarrhalischen Complicationen wirkt „Sicco“ in Verbindung mit andern Mitteln besonders günstig. Auch bei rhachitischen Kindern gelang es G. durch den Gebrauch von „Haematogenum siccum Schneider“ dem Fortschreiten des Processes Einhalt zu gebieten und auch, wenn nicht schon bedeutende Difformitäten eingetreten waren, der Heilung zuzuführen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

Schulärztliches. — Ein Ausschuss der Berliner Stadtverordnetenversammlung hat die Annahme von 24 Schulärzten für Gemeindeschulen vom 1. April 1900 für vorläufig 2 Jahre empfohlen. Einem Arzte dürfen nicht mehr als 4 Schulen übertragen werden; derselbe hat in der Nähe derselben zu wohnen. Die Obliegenheiten des Arztes sind: ärztliche Prüfung der zum Eintritt gemeldeten Kinder, Prüfung der zur Beteiligung an Nebenfächern Bestimmten auf körperliche und geistige Mängel, namentlich auch der Sinnesorgane, Untersuchung angeblich am Schulbesuch verhinderter Kinder auf Antrag seitens der Schule, Abgabe von Berichten und Gutachten über ansteckende Krankheiten, Mängel und nachtheilige Einrichtungen der Schulgebäude und dgl. mehr, überhaupt regelmässige Ueberwachung der letzteren. Wiederkehrende Beratungen der Schulärzte finden statt. —

In No. 1 1900, der „Aerztlichen Sachverständigenzeitung“ bespricht Geheimrat Prof. Kirchner die erforderliche Vorbildung der Schulärzte. Er verlangt einen ganz besonderen Nachweis schulhygienischer Erfahrungen und Kenntnisse, eine mindestens 5 jährige bisherige ärztliche Thätigkeit, endlich ein grosses Taktgefühl. Sonst enthält der Aufsatz nichts Nennenswertes. Die mehrfach vorgeschlagenen Vorträge der Aerzte in Lehrerversammlungen erscheinen dem Verfasser nicht empfehlenswerth. Betreffs der Aufgaben des Schularztes lehnt er sich an die Wiesbadener Ordnung an. —

Im „ärztlichen Vereinsblatt“ 1900, S. 16 ff. tritt Dr. Pause lebhaft für die Notwendigkeit von Schulärzten ein. — Im gleichen Blatte S. 62 beleuchtet Dr. Reissig die Frage von einem andern Gesichtspunkte: Schulärzte und Kurpfuscherei. Bekanntlich sind gerade viele Lehrer Anhänger und eifrigste Verfechter des Naturheilverfahrens; die Einschränkung, die ihrem Wirkungskreise in diesem Sinne droht, spiegelt sich bereits in mannigfachen Aussprachen wieder. Eine Reihe von Proben medizinischer Anschauungen in diesen Kreisen giebt R. zum Besten. Das Ziel eben dieses Widerstandes giebt sich in einem Satze eines Schulmannes kund. „Wir vom Stabe der Naturheilbewegung müssen diese Reform erst recht tief beklagen. An ein Vordringen der nichtmedizinischen Richtung ist in Schulkreisen nicht mehr zu denken.“ Mehr brauchen wir nicht zu wissen, um noch energischer als zuvor für die Schulärzte in die Schranken zu treten, bemerkt R. —

Auch hier in München hat sich's wieder geregt und die Frage, die im Allgemeinen nunmehr alle ärztliche und amtliche

Digitized by Google

Förderung gefunden hat und einer endlichen Verwirklichung entgegengehen dürfte, ist von Laien unzeitig in die Tagespresse gezerrt worden. Dass sich auch ein an den Verhandlungen beteiligter, einer ablehnenden Minorität angehöriger Arzt auf dieses Feld begeben hat, ist bedauerlich. —

Spiegelberg-München.

Rezensionen.

Vorlesungen über specielle Therapie innerer Krankheiten für Aerzte und Studierende. Von Prof. Dr. N. Ortner. 2. Aufl. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, 1900. Preis 22 Mk.

In kaum Jahresfrist seit der Vollendung der 1. Aufl. des O.'schen Werkes — die bereits früher in dieser Zeitschrift eine äusserst günstige Besprechung durch Schmey erfahren hat — ist eine 2. Auflage nötig geworden, ein Beweis, eine welch' günstige Aufnahme das Buch in ärztlichen Kreisen gefunden hat. Das O.'sche Werk war ein Bedürfnis für den praktischen Arzt, indem es den Mittelweg zwischen der grossen therapeutischen Encyklopädie und dem therapeutischen Kompendium einschlug, alle therapeutischen Massnahmen am Krankenbett mit Rücksicht auf die Art der Ausführung schildert und das Wie und Warum derselben in Kürze, aber in hinreichender Klarheit auseinanderlegt. In der vorliegenden 2. Aufl. ist viel Neues eingefügt worden, ganze einzelne Kapitel sind hinzugekommen, so die Therapie der Herzneurosen, der Enteritis munbanaca, des Keuchhustens, — welch' letzteres Kapitel sowie die Therapie der übrigen akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters Prof. Frühwald sehr gut bearbeitet hat. —. So möge denn auch die 2. Auflage des vorzüglichen Werkes auf's Angelegentlichste den Kollegen anempfohlen werden!

S.

Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt und der operativen Geburtshilfe. Von Priv.-Doc. Dr. O. Schäffer. 5. Auflage. München, J. J. Lehmann, 1900. Preis 8 Mark.

Der Sch.'sche Atlas bildet den 1. Bd. der rühmlichst bekannten Lehmann'schen Handatlanten, und zwar ist die vorliegende Auflage des Buches die fünfte desselben, eine Thatsache, die mehr als alle Worte zur Empfehlung desselben beitragen dürften. Die ganze normale und operative Geburtshilfe ist hier textlich in so conciser und klarer, fasslicher Weise abgefasst, dass es eine Freude ist, dieselbe durchzustudieren. Die schönen Illustrationen, die teilweise vielfarbig ausgeführt sind, sind grösstenteils von wunderbarer Naturtreue, insbesondere ist dies bei der illustrativen Darstellung der operativen Geburtshilfe der Fall.

S.

Die Entwicklung und Geburt des Menschen. Von Dr. Rich. Flamm. Mit 280 Illustrationen und 2 Tafeln. Leipzig, Leo Wörl, 1900. Preis 6 Mark.

Das vorliegende in zweiter Auflage erscheinende Werk ist zu-

Digitized by Google

nächst für gebildete Laien geschrieben und giebt denselben in klarer und erschöpfender Weise eine taktvolle und belehrende Darstellung über einen Wissensstoff, von dem man es streitig lassen kann, ob sich eine so eingehende Darstellung für den Laien eignet. Zum mindesten ist dies in der Geburtshilfe zweifelhaft. Will man die Frage bejahen, so muss man zugeben, dass der Verf. es meisterhaft verstanden hat, den gebildeten Laien in ebenso klarer als fesselnder Weise über die Vorzüge der Entwicklungsgeschichte und Geburt des Menschen zu unterrichten.

Für Aerzte bildet das Buch ein gutes entwicklungsgeschichtliches und geburtshilfliches Repetitorium, für Hebammen ein praktisches Nachschlagewerk. Die beigegebenen Illustrationen sind sehr anschaulich und gut ausgeführt. S.

Vorlesungen über Sprachstörungen. Von Dr. Alb. Liebmann. 4. Heft: Poltern (Paraphrasia praeceps). Berlin, Oscar Coblentz, 1900. Preis 1 Mk. 20 Pf.

Die vorangegangenen 3 Hefte der L.'schen „Vorlesungen über Sprachstörungen" — welche Stottern und Stammeln, sowie die Hörstummheit behandeln — sind früher bereits besprochen worden. Auch das vorliegende Heft giebt eine vorzügliche Schilderung einer für den Kinderarzt äusserst wichtigen Sprachstörung, des Polterns. In 9 Kapiteln erörtert der Verf. das Krankheitsbild nach allen Seiten und dürfte es namentlich an der Hand des letzten Kapitels dem Arzt ermöglicht werden, vorkommenden Falles die Behandlung des Polterns mit Erfolg selbst zu übernehmen. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

A propos d'un cas de grippe infantile rapidement mortel. Von M. Carrière.

Bei einem dreijährigen Kinde, welches seit zwei Tagen an Influenza erkrankt war, stellten sich zuerst leichte Konvulsionen der rechten oberen Extremität, später allgemeine Konvulsionen ein. Diese wiederholten sich schnell und oft, in ihnen starb das Kind noch am gleichen Tage. Der Urin enthielt 3 $^{0}/_{00}$ Eiweiss. Diagnose: Influenza mit schwerer Komplikation seitens der Nieren. Die Konvulsionen deutet Verf. als urämische. Das Kind stammte von einer Mutter, welche bei jeder Entbindung eklamptische Anfälle hatte und in einen solchen gelegentlich einer Frühgeburt starb. Das Kind selbst hat beim Zahndurchbruch gleichfalls an Krämpfen und als Zeichen renaler Insufficienz an häufiger Migräne gelitten. Die Influenza-Infektion hat demnach bei dem schwachen, disponierten Kinde die schweren, tödlichen Erscheinungen ausgelöst.

(Gaz. hebd. de méd. et de chir. 99.) v. Boltenstern (Bremen).

Zur Behandlung der Rhinitis neonatorum mit Europhen. Von Converse.

Die Nase wird zuerst mit Salzwasser oder schwacher Lösung

Digitized by Google

von Wasserstoffsuperoxyd ausgespritzt und dann Europhen mit Zucker vermischt eingeblasen. Dieses Verfahren wird zwei bis drei Mal wöchentlich wiederholt und selbst bei veralteten Fällen tritt baldige Heilung ein. Bei Otitis mit eitrigem Ausfluss empfiehlt Verf. zuerst Ausspülungen mit Sublimat 1 : 300 und dann Einblasungen mit Europhen. (New Albany Medical Herald 1899, Mai).

Drews - Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung des Quecksilbers durch die Frauenmilch. — Von Ettore Somma.

Von sieben stillenden Müttern wurden sechs mit Hg-Einreibungen, (durch acht bis dreissig Tage), eine mit subkutanen Sublimatinfektionen behandelt. Die Milch wurde fortgesetzt nach folgendem sehr genauem und allen andern überlegenem Verfahren auf Quecksilber geprüft: Zur Milch wird der zehnte Teil halbverdünnter Salzsäure gefügt, auf dem Wasserbade erhitzt und wiederholt 0.25—0.5 g Kalii chlorati zugesetzt, bis die Mischung eine durchscheinend gelbe Farbe bekommt. Das Ganze bleibt unter gelegentlichem Umschütteln zwei Tage stehen, wird dann filtriert und gewaschen, bis das Filtrat, sauer reagierend, chlorfrei durchläuft. Alsdann wird ein Schwefelwasserstoffstrom durchgeleitet, wobei sich aus Hg schwarzes Quecksilbersulfat bildet, das abfiltriert und trocken gewogen wird. Sulfat-Gewicht $\times$ 0.8621 = reines Hg.

Das Resultat war in allen Fällen gänzlich negativ.

(La ped. etc. 99.) Spiegelberg-München.

Zur Lymphknotentuberkulose. Von v. Noorden.

Scrophulose und Tuberkulose sind nach Verf. durchaus zu trennen. Prophylaktisch hat der Arzt sein Hauptaugenmerk zu richten auf den Uebergang der Tuberkulose auf scrophulöses Gewebe. Da die Anamnese für die Diagnose oft nichts Verwertbares bringt, ebenso die klinischen Zeichen häufig im Stiche lassen, so soll und darf man nach Verf. neben der Probeexcision das Tuberkulin zur Stellung der Frühdiagnose benutzen. Die Therapie sei in allen Fällen, die nicht ihren mutmasslichen Weg durch die Lungenwurzeln und die dortigen Lymphknoten nehmen, eine operative.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Schwere Opiumvergiftung eines atrophischen Kindes von zehn Wochen. Zehnstündige Faradisation des Phrenicus. Heilung. Von A. Model.

Eine durch Unverstand des Wartepersonals gegebene sehr grosse Dosis Opium brachte das schon vorher durch Durchfälle geschwächte Kind in einen Zustand scheinbarer Leblosigkeit. Haut sehr kühl, Atmung und Herzschlag fehlen, ebenso Reflexe. Die Faradisation des Phrenicus brachte eine schwache Atembewegung hervor. Durch rhytmische Faradisation beider Phrenici wurde allmählich

Digitized by Google

wieder eine spontane Atmung erreicht. Nach zehn Stunden war das Kind ausser Gefahr.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Dürfen und sollen die Leistenbrüche kleiner Kinder operiert werden? Von Felix Franke. (Therap. Monatsh. 1900, Februar).

Die Leistenbrüche kleiner Kinder dürfen stets operiert werden, falls nicht wegen zu grosser Schwäche überhaupt jeder operative Eingriff zu unterbleiben hat. Sie sollen operiert werden, wenn trotz mehrmonatlichen Tragens eines passend angelegten, gut sitzenden Bruchbandes keine Verkleinerung oder sogar eine Vergrösserung eingetreten ist, wenn das betr. Kind sehr viel schreit oder hustet und dadurch der Bruch immer stärker hervorgetrieben wird, und wenn gewisse Störungen, z. B. Darmkatarrhe, Aussicht haben, nach Ausführung der Operation sich zu bessern.

v. Boltenstern (Bremen).

Tannopin in der Kinderheilkunde. Von C. Tittel.

Das Tannopin wird im Organismus in seine beiden Componenten, Tannin und Brotropin, gespalten und übt daher im Darm eine adstringierende und eine antibakterielle Wirkung aus. Seine allgemeinen Eigenschaften stellten es nicht in letzte Reihe unter den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Darmadstringentien. Es beschränkt rasch die flüssigen Entleerungen bei akuten Darmaffektionen; bei chronischen muss es auch nach Sistierung der Diarrhoe noch fortgegeben werden. Inwiefern jedesmal die Diätetik zur Therapie herangezogen werden soll oder nicht, muss dem speziellen Ermessen überlassen bleiben. Die Dosis beträgt je nach dem Alter ein bis mehrere Decigramme, bei grösseren Kindern 0,3—0,5, die Tagesdosis bis zu 2 g in Pulverform oder Schüttelmixtur.

(Ther Mon. 1900.) v. Boltenstern (Bremen).

Protargol als prophylaktisches Mittel gegen Blennorrhoea neonatorum. Von Piotrowski.

Piotrowski hat 170 Fälle von Blennorrhoea neonatorum mit Protargol behandelt und zwar hatte er einige Tropfen einer 10 Proz. Lösung in den Bindehautsack infiziert. Die Resultate, die er erzielte, waren folgende:

1) Das Protargol hat keine reizende Wirkung.
2) Seine Einträufelung ist nicht schmerzhaft.
3) Es bildet keinen Schorf.
4) Es verändert sich nicht bei längerem Aufbewahren.
5) Es tritt schon am zweiten Tage Besserung ein und
6) Die Sekretion ist mässig. —

(Przegl. lekarski 99.) Dr. Goldbaum (Wien).

Digitized by Google

Die Abscheidung von Bakterien aus der Milch durch natürlichen Vorgang. Von R. J. Freeman.

Lässt man Milch ruhig stehen und untersucht Rahmschicht und Magermilch getrennt auf ihren Bakteriengehalt, so findet man den der erstern durchschnittlich 300 mal grösser als den letzteren. Der Rahm vermag durch seine Fettkügelchen bis zu 99 Prozent aller Bakterien mitzureissen; das bei den meisten Untersuchungen geübte Umschütteln lässt diesen Umstand zumeist übersehen. Daraus ergiebt sich die Möglichkeit, durch Abheben des Rahmes und seine Hitzesterilisation, die diesen ja nicht weiter verändert, dann durch Wiederhinzufügen zur rohen Magermilch eine bakterienarme chemisch ungeschädigte Milch zu erzielen. Durch Centrifugieren ist dasselbe nicht zu erreichen.

Wie aber schützt F. die Magermilch inzwischen vor Bakterienwucherung und vor der Gefahr durch auch nur wenige pathogene Keime?

(Arch. of Ped. 99.) Spiegelberg-München.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Epicarin.*) 10,0
Ungt. simpl. 100,0
Mf ungt DS erweichende Salbe
Scabies, Eczema squamosum.

Rp.
Epicarin. 10,0
Ol. jecor. asell. 5,0
Vaselin. flav. 95,0
Mf ungt DS äusserlich
Prurigo eczematos.

Rp.
Epicarin. 10,0
Aeth. sulf.
Spir. Vin. rectific. aa 40,0
Glycerin. 5,0
MDS zum Betupfen.
Gegen Jucken.

Rp.
Epicarin.
Talc. Venet.
Amyl. aa. 15,0
Vaselin. flav. 45,0
Mf past.
Eczem., Scabies.

Rp.
Epicarin. 10,0
Ol. Vaselin. 100,0
DS Oel, mit noch beliebigen Zusätzen, z. B.: Styr. liquid., Petrol. venal.
Eczem., Pedicul. capit.

Rp.
Epicarin. 15,0
Flor. sulfur. 5,0
Ungt. oxydat.
Zinc. Wilson. 100,0
MDS äusserlich.
Eczem. squamos.
(Kaposi).

*) Ein Kondensationsprodukt von Kreosotinsäure und β — Naphthol.

Digitized by Google

Kleine Mitteilungen.

Die von Paul Heuberger in Merligen (Schweiz) fabrizierten Kephir-Pastillen, die aus eigenen Kulturen des kaukasischen Pilzes hergestellt sind, liefern bei einfacher, sicherer und billiger Zubereitungsweise einen gutschmeckenden Kephir, der den an denselben zu stellenden hygienischen Anforderungen vollkommen entspricht. K. wird bei Kindern mit Vorteil verwandt bei Blutarmut, Skrophulose, Tuberkulose, chronischen Darmkatarrhen, insbesondere solchen, die mit Obstipation verlaufen, bei Entkräftungszuständen etc.

Eine von J. P. Liebe in Dresden hergestellte neue Nahrung für magendarmkranke Kinder ist Liebe's Neutralnahrung. Dieselbe basiert auf den bekannten Versuchen Keller's, die er mit „Malzsuppe" bei Ernährung magendarmkranker Kinder an der Universitäts-Kinder-Klinik in Breslau angestellt hat. Dieselbe stellt eine Abänderung der bekannten Liebig'schen Suppe dar (durch Kal. carb. neutralisierte Malz-Weizen-Nahrung), unterscheidet sich von derselben aber namentlich dadurch, dass sie mehr Maltose enthält, was K. damit begründet, dass dieselbe eine Zuckerart darstellt, die vom Magen des Kindes leicht assimiliert wird und ausserdem am vollkommensten von allen Zuckerarten den Zerfall des Eiweissmoleküls bei der Verdauung verhindert. Die Bereitungsweise der Malzsuppe im Haushalt ist aber umständlich und lässt überdies eine gleichmässige, vollständige Verquillung der Stärke nicht erzielen. Das war für die Firma massgebend, um die obige Nahrung fabrikmässig darzustellen. Sie bildet ein haltbares Vacuum-Trocken-Extrakt, das durch Zusatz von Milch und Wasser trinkfertig wird. Die Analyse der L.'schen Nahrung ergiebt: Fett 0,49, Stickstoff 8,85, Mineralstoffe 2,26, Kohlehydrate (aus der Differenz) 86,02, Wasser 2,38 %. Bereitungsweise: 62,5 gr = 4 gehäufte Esslffl. des Extraktes, in $^1/_6$ Ltr. Milch und $^1/_4$ Ltr. Wasser eingerührt, einmal aufgekocht und die Lösung durch ein Siebchen gegossen.

Unter der Redaktion von C. Gerhardt, B. Fränkel und E. von Leyden erscheint im Verlage von J. A. Barth in Leipzig — vorerst in zwanglosen Heften — die Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. Sie soll den litterarischen Sammelpunkt für alle wissenschaftliche Arbeiten und Bestrebungen abgeben, die sich mit der Bekämpfung der Tuberkulose befassen. Der reiche hochinteressante Inhalt des ersten Heftes, sowie die Namen der Herausgeber bürgen dafür, dass alle, die an der Tuberkulose als Volkskrankheit interessiert sind, insbesondere aber die Aerzte, in der Zeitschrift eine bedeutsame nnd wichtige litterarische Erscheinung erblicken dürfen. Der Preis eines 6 Hefte umfassenden Bandes beträgt 20 Mark.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Juni 1900.** **Heft 6.**

Inhalt: Originalien: **Tripke,** Oster'sches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel, 121. — **Sonnenberger,** Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden: v. Korányi u. Pel, Pneumoniebehandlung — Litten, Endocarditis — Neusser, Maltafieber — Wenckebach, Herzarythmie — Hoffmann, Paroxysmale Tachycardie — Vierordt, Cyanose — Schott, Influenza und chronische Herzkrankheiten, 125. — Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin, 131. — Referate: **Jusset,** Typhus, 135 — **Berberich,** Erythema acutum, 136. — **Cramer,** Nahrungsaufnahme bei Neugeborenen, 137. — **Goldmann,** Erkrankung der Luftwege, 138. — **Still,** Pavor diurnus, 139. — **Hermann,** Resaldol, 139. — Gesundheitspflege: **Zülch,** Die Nothwendigkeit einer besseren Fusspflege und Fussbekleidung, 140. — Rezensionen: **Beier,** Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten, 141. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 141. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 143. — Kleine Mitteilungen, 144.

Oster'sches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel.

Von Dr. **Arthur Tripke,** Spezialarzt für Kinderkrankheiten in Coblenz.

Von jeher war ich bei der künstlichen Säuglingsernährung ein grosser Feind aller jener Surrogate in der Kindernahrung, die sich in Form von Mehl präsentierten, mochten sie heissen, wie sie wollten, und mochten die angeblich damit erzielten Resultate noch so verlockend klingen; dagegen habe ich Milchpräparate, sei es Milch-Conserve, Fettmilch und dergl. stets gern verordnet, aber auch nur dann, wenn ich mit der gewöhnlichen Marktmilch nicht auskam; meines Dafürhaltens ist die Milch, wie sie von der Kuh kommt, im Hause selbst in der nötigen Verdünnung zubereitet und sterilisiert, die beste und zweckmässigste Kindernahrung: einmal weiss dabei die Mutter ganz genau, was sie ihrem Kinde giebt — das ist bei Conserve und fertig sterilisierter Milch nicht immer der Fall, denn Conserven verderben öfters und ich habe einmal in sog. sterilisierter Milch einen Fliegenleichnam gefunden — dann aber bietet sie auch

Digitized by Google

den Vorteil, dass die Kinder, deren Hauptnahrung ja bis zum zweiten und dritten Jahre Kuhmilch sein soll, auch über das Säuglingsalter hinaus die unverdünnte und abgekochte Kuhmilch gern und mit grossem Appetit trinken, während ich bei Kindern, die mit Surrogaten aufgezogen worden sind, öfters die gegenteilige Erfahruug zum grossen Leidwesen der Eltern und der Ratlosigkeit des darüber befragten Arztes machen konnte. Ein Kind, das nach dem ersten Jahre am Tage nicht wenigstens anderthalb Liter Milch trinkt, wird in seiner Entwickelung immer zurückbleiben. Denn mit Fleischbrühe, Zwieback, Süppchen u. dergl. ist es auf die Dauer ohne wesentliche Milchnahrung nicht rationell zu ernähren.

Ende vorigen Jahres nun wurde mir eine Probe des Oster'schen Kinder-Milchpulvers zu Versuchen angeboten. Ich liess sie wochenlang unbeachtet, obgleich mir sowohl von Laien, als auch von meinen Collegen eine ganze Reihe von Fällen mitgeteilt wurden, in denen damit entweder bei gänzlicher Unmöglichkeit von Milchernährung oder bei hierbei nicht genügender Zunahme eclatante Erfolge erzielt worden waren.

Anfang Januar d. J. bekam ich dann ein zwei Monate altes Kind in Behandlung, das die Kuhmilchnahrung durchaus nicht mehr vertrug und dabei schon stark heruntergekommen war; es trank fast keine Flasche aus und litt fortwährend an Diarrhoe und Erbrechen; Nestle's Kindermehl, ja selbst Biedert'sches Rahmgemenge, das ich in solchen Fällen sonst stets in Verdünnung von 1 : 10 Wasser mit gutem Erfolge wieder als Uebergangsnahrung zur Kuhmilch reichen liess, brachten keine Besserung. Da entschloss ich mich, es einmal mit Oster'schem Kinder-Milchpulver zu versuchen und liess nach Vorschrift ein Löffel von dem Pulver mit 10 Löffel Wasser zu einem der Milch ähnlichen Getränk zubereiten. Ich war von dem Erfolg selbst überrascht; einmal wurde die Nahrung von der ersten Flasche an sehr gerne genommen und immer leer getrunken. Vor allem sistirte das Erbrechen und Diarrhoe. Das Kind erholte sich zusehends schon in den ersten Tagen. Leider war mir eine genaue Controle der Gewichtszunahme nicht möglich, da ich mit der Mutter in Differenzen geriet und die weitere Behandlung des Kindes ablehnte; wie ich aber von anderer Seite erfahren habe, geht es dem Kinde bei der neuen Nahrung vorzüglich.

Durch diesen Fall ermutigt, habe ich dann auch weitere Versuche angestellt, die mir alle ein recht befriedigendes Resultat lieferten und von denen ich einige mitteilen will.

M. Z., geb. am 14. August 1899, am 12. 2. 1900 eine Pneumonie überstanden, starke Rachitis; Fontanelle weit offen. Am 15. 3. kam es wieder in meine Behandlung mit Furunculosis der Gesichtsgegend (vom 17. bis 25. 3. Eröffnung von ungefähr 10 grossen Furunkeln). Dabei bestand hohes Fieber, starke Anämie, Diarrhoe und sehr schlechte Nahrungsaufnahme. Vom 19. 3. erhielt es bei dem Anfangsgewicht von 7,550 gr. Oster'sches Kinder-Milchpulver; es wird neben der Flasche tgl. 4—5 mal als Brei gereicht. Während die Flasche nur sehr ungern genommen und meist nicht ausgetrunken wird, nimmt das Kind den Brei fast gierig und mit grossem Appetit; die Diarrhoe

Digitized by Google

hat schon in den ersten Tagen aufgehört. Am 26. 3. Abheilung der Furunculosis; Gewicht am 26. 3. 7,650; es war also trotz durch die Eiterung hervorgerufenen Säfteverlustes und trotz des Fiebers nach einer Woche noch eine Gewichtszunahme von 100 gr. zu konstatieren. Oster'sches Kinder-Milchpulver wird wiedergereicht; Gewicht am 2, 4. 7,850 (Zunahme in einer Woche 200 gr.). Gewicht am 1. 3. 8.000. Dabei hat das Kind angefangen stehen und gehen zu lernen, es ist ein deutliches Festerwerden der Schädelknochen an der grossen Fontanelle bemerkbar.

A. K., geb. 2. Mai 1899. Starke Rachitis. Im Laufe des 18, und 19. 3. 1900 7 Convulsionen gehabt, erhält vom 20. 3. bei einem Anfangsgewicht von 7,100 ausschliesslich Oster'sches Kinder-Milchpulver; es wird in Verdünnung von 1 : 10 als Milch gereicht. Gewicht am 27. 3. 7,250; die Nahrung wird sehr gerne getrunken; am 1. 4. treten wieder Convulsionen auf; Gewicht am 3. 4. 7,270; Gewicht am 10. 4. 7,400. Von nun an sind keine Convulsionen mehr aufgetreten.

W. C., geb. 9. 3. 1900; bis jetzt ausschliesslich Brustnahrung; in den letzen Tagen Diarrhoe (gelber, starkschleimiger Stuhlgang), grosse Unruhe, besonders während der Nacht; da die Brustnahrung anscheinend nicht mehr vertragen wird und die Mutter mit dem Absetzen einverstanden ist, wird am 27. 3. Oster'sches Kinder-Milchpulver in Verdünnung von 1 : 10 Löffel Wasser gegeben bei einem Anfangsgewicht von 3,300. Die Nahrung wird sehr gerne genommen; die Diarrhoe hört sofort auf, das Kind ist ruhig und verlangt nur einmal in der Nacht zu trinken. Gewicht am 3. 4. 3,610 (also eine Zunahme von 310 gr. in einer Woche). Gewicht am 10. 4. 3,850. Vom 12. bis 16. leichter Bronchialkatarrh; Gewicht am 17. 4. 3,900; Gewicht am 24. 4. 4,010; Gewicht am 1. 5. 4,210; es war hier also innerhalb 5 Wochen trotz einer leichten Erkrankung eine Gewichtszunahme von beinahe 1 kg zu konstatieren; die Nahrung ist dauernd sehr gerne genommen worden.

A. W., geb. 3. 11. 1899. Anfangs Brustnahrung; als diese ausgesetzt werden musste, Ernährung mit verdünnter Kuhmilch; darauf bald Erbrechen und Diarrhoe; dann wurde Nestle's Kindermehl, Zwiebacksüppchen, auch wieder Kuhmilch mit allen möglichen Zusätzen als Verdünnung gereicht, ohne irgend welchen Erfolg; Erbrechen und dergleichen bestanden fort; Nahrungsaufnahme schlecht; das Kind magerte sichtlich ab. Am 24. 3. kam es in meine Behandlung; sehr anämisches, mageres Kind. Gewicht 5,450; starke Diarrhoe von sehr flüssigen, überaus übelriechenden, stark schleimigen Stühlen; Darreichung von Oster'schem Kinder-Milchpulver in Verdünnung von 1 : 10; die Nahrung wird äusserst gern getrunken, so dass die Eltern immer die bis jetzt nie gekannte Freude haben, das Kind verlangend seine Aermchen nach der Flasche ausstrecken zu sehen; kein Erbrechen mehr; die Diarrhoe hat nicht nur nicht sofort sistiert, sondern hat sogar einer leichten Stuhlverstopfung Platz gemacht, sodass die Mutter mit Seifenzäpfchen nachhelfen muss. Am 1. 4. keine Gewichtszunahme. Die Stuhlverstopfung hebt sich; das Kind hat von selbst einmal am Tage gelben, breiigen Stuhlgang.

Digitized by Google

Gewicht am 8. 4. 5.810 (also eine Zunahme von 360 gr. in der Woche). Dass in der ersten Woche keine Gewichtszunahme stattfand, beruht wohl auf der erst notwendigen Ausheilung des Magen- und Darmkatarrhs. Jedenfalls ist trotz der kurzen Zeit zur Freude der Mutter aus ihrem früher besonders in der Nacht stets schreienden und wimmernden Kinde ein gesundes geworden, das am Tage über munter ist und ihr die Nachtruhe nicht mehr raubte.

Das Oster'sche Kinder-Milchpulver ist ein Mehl von schwachbräunlicher Farbe und äusserst feiner Verteilung, so wie ich sie bei keinem anderen Kindermehl gesehen habe; es ist von sehr angenehmem Geschmack und ruft, trocken in den Mund genommen, beim Herunterschlucken das bei den anderen Mehlen mehr oder weniger vorhandene unangenehme Festkleben zwischen den Zähnen und am Gaumen nicht hervor.

Die von dem staatlich geprüften Nahrungsmittel-Chemiker Herrn Dr. Georg Eigel in Godesberg vorgenommene Analyse besagt, dass das Oster'sche Kinder-Milchpulver besonders reich an Stickstoff-Substanzen und löslichen Kohlehydraten ist und darin sämtliche bekannten Kinder-Mehlsorten übertrifft; auch käme das in Rede stehende Kinder-Milchpulver den von König aufgestellten Forderungen für einen vollständigen Ersatz der Muttermilch von den bisher bekannten Kindermehlen am nächsten.

Die im Falle 1 und 2 erwähnte anscheinend günstige Einwirkung des Oster'schen Kinder-Milchpulvers auf Rachitis liegt ausserhalb des Rahmens unserer Besprechung und will ich heute nicht näher erörtern.

Das Oster'sche Kinder-Milchpulver (Fabrikant Herr Theodor Oster in Höhr, Westerwald) ist gegenwärtig noch nicht allgemein im Handel, wird aber schon in den nächsten Wochen auf den Markt gebracht werden.

Durch diesen kurzen Bericht soll nun das Oster'sche Kinder-Milchpulver nicht etwa als die einzig wahre und rationelle künstliche Kindernahrung gepriesen werden, dazu sind meine eigenen Versuche, die ich damit angestellt habe, so befriedigend sie auch waren, immerhin viel zu spärlich; jedenfalls aber verlohnt es sich nach dem Gesagten der Mühe, überall da, wo Kuhmilchnahrung gar nicht oder nur schlecht vertragen wird und dort, wo bei Brustnahrung oder künstlicher Ernährung Diarrhoeen auftreten, mit dem Oster'schen Kinder-Milchpulver einen Versuch zu machen. Freilich müssen wir abwarten, ob es auch in den heissen Sommermonaten bei den acuten Kinderdiarrhoeen die Feuerprobe besteht. Ausgeschlossen wäre es nach den bis jetzt von mir damit gemachten Erfahrungen nicht, dass uns durch das Oster'sche Kinder-Milchpulver endlich ein Mittel an die Hand gegeben wäre, das einmal einen specifisch günstigen Einfluss auf die mit Recht so gefürchteten Sommerdiarrhoeen bei Säuglingen ausübte und gleichzeitig in Folge seines Nährwertes den schnellen, oft tötlichen Kräfteverfall aufhält.

Da aber nur durch umfangreiche Versuche und Prüfungen ein Mittel, dem man von vornherein einen gewissen Wert nicht absprechen

Digitized by Google

kann, zu seinem wahren Wert und seiner verdienten Haltung gelangt, so wollte ich nicht verabsäumen, die Herren Collegen darauf aufmerksam zu machen und auch zu Versuchen und Nachprüfung aufzufordern.

Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden (18.—21. April 1900).

Von Dr. **Sonnenberger.**

Der 18. Kongress für innere Medicin wurde durch eine kurze Rede des Vorsitzenden Prof. v. Jaksch (Prag) eröffnet, dem eine Reihe von Begrüssungsreden folgten. Nachdem sodann noch Prof. Müller (Basel) in einer kurzen, aber inhaltsreichen Gedächtnisrede der verstorbenen Mitglieder Proff. Immermann (Basel), Seitz (Wiesbaden) und Leichtenstern (Köln) gedacht hatte, folgten die Referate über das Thema: Die Behandlung der Pneumonie. Erster Referent war v. Korányi (Budapest). Derselbe führte Folgendes aus: Weder ätiologisch noch klinisch noch anatomisch erkennt er die namentlich neuerdings von Lubarsch vorgenommene Unterscheidung verschiedener Arten von Pn. an, sodass auch für die Behandlung keine gesonderten Methoden nothwendig, sondern immer nur die gleichen Indikationen massgebend sind. Von den Heilverfahren der neuesten Zeit haben die Versuche einer Serumtherapie bis jetzt keine nennenswerthen specifischen Wirkungen aufzuweisen. Ferner sind aus den Blutuntersuchungen bei der Pn. neuerdings die Bestrebungen hervorgegangen, durch künstliche Leukocytose mittelst Pilocarpin, antipyretischen Substanzen, nucleïnhaltigen Präparaten u. dgl. m. den Heilungsvorgang der Natur nachzuahmen; aber auch diese Versuche haben zu keinen wesentlichen Erfolgen geführt. Da nach Untersuchungen des Ref. bei Pn. der Kochsalzgehalt des Blutes vermindert, der Gefrierpunkt desselben erhöht ist, so empfiehlt er Oxygendurchströmung des Bluts (Oxygeninhalationen), da hierdurch der Gehalt der Chloride im Blutserum erhöht werde; auch andere haben über O-Inhalationen bei Pn. Vortheilhaftes berichtet. — Den Aderlass hält K. für indiciert und oft geradezu als lebensrettend bei hochgradiger Hyperämie der Lunge ohne oder mit bereits entwickeltem Oedem, lebhafter Herzbewegung und angestrengter Thätigkeit der Respirationsmuskeln; der Puls, der vor den Venaesektionen schwächer war, wird nach denselben oft stärker und voller. — Kochsalzinfussionen mit oder ohne Aderlass kommen der Ischämie des linken Herzens zu Gute und können ausserdem die Diurese und damit die Exkretion toxischer Stoffe befördern. K. erörtert dann die Pneumoniebehandlung mit Digitalis, den verschiedenen Antipyreticis, Alkohol, Opium, Eis. Ueber

Digitized by Google

alle diese Behandlungsweisen gehen die Ansichten der verschiedenen Autoren weit auseinander. In der von Vortr. geschilderten u. von ihm geübten Behandlung spielt die Anwendung von Bädern eine hervorragende Rolle. v. K. schliesst damit, dass er darauf hinweist, dass die moderne Pneumonietherapie zwar keine spezifische Methode aufzuweisen habe, dass dieselbe aber eine gesunde und viel vermögende sei, indem sie die Bekämpfung bedrohlicher Symptome, durch die manches gefährdete Menschenleben gerettet werden könne, sich angelegen sein lasse. — Correferent Pel (Amsterdam): Die Beurteilung des Wertes der einzelnen Behandlungsmethoden wird durch die Differenz der individuellen Verhältnisse erschwert. Die meisten Fälle heilen ohne ärztliche Hilfe, da die Natur compensatorische Kräfte hat, die die Schädlichkeit krankhafter Prozesse im Körper abwehren; durch mannigfache Schutzmittel bringt der erkrankte Organismus seine Entgiftung zu Stande. Nicht in der Lunge, sondern in den Körpersäften entscheidet sich das Schicksal des Pneumonikers. Die Intensität der Antitoxinbildung im Blute ist individuell verschieden. Anomalien der Konstitution und des Stoffwechsels geben für die ungünstig verlaufenden Fälle den Ausschlag, was besonders vom Alkoholismus gilt. Ein Mittel, das den pneumonischen Prozess direkt zu beeinflussen im Stande wäre, besitzen wir nicht. Die Heroica, Tart. stibiat., Chinin, Digitalis, Pilocarpin, leucocytäre Mittel, Aderlass, kalte Bäder, sie alle wirken nur symptomatisch, der Aderlass aber unter Umständen, (schwere Dyspnoe, Cyanose, kleiner Puls), geradezu lebensrettend. Digitalis ist indiciert nur bei Herzkranken oder bei Eintritt eines Herzschwächeanfalles. Man kann bei der Pn. viel erzielen durch sorgfältige Pflege, zweckmässige Ernährung, Linderung der quälenden Beschwerden. Die atypisch verlaufenden Fälle erfordern ein stimulirendes Verfahren, die Herzschwäche die Anwendung von Reizmitteln, der Alkohol spielt hier eine Hauptrolle, wobei man sich aber vor Uebertreibungen, namentlich bei jugendlichen Individuen, zu hüten hat. Als bestes Analepticum gilt der Campher. Durch ihn kann man zuweilen dem Pneumoniker über den in der Krise öfters eintretenden Collaps hinweghelfen. Gegen das Fieber, welches man als eine zweckmässige Reaktion des inficierten Organismus, wahrscheinlich sogar als ein Schutzmittel gegen die Toxine betrachten kann und das daher dem Kranken keine Gefahr bringt, ist die Verwendung der Antifebrilia überflüssig. Die Prophylaxe soll dahin streben, jeden mit Möglichkeit in solcher Konstitution zu erhalten, dass im Falle einer akuten Infektionskrankheit alle natürlichen Abwehrmittel in voller ungeschwächter Stärke zur Wirkung gelangen können; dazu ist vor allem die Vermeidung von Excessen und Ueberanstrengungen jeglicher Art in gesunden Tage notwendig. — An diese Referate schloss sich eine ausgiebige Diskussion an: Müller (Wiesbaden) giebt eine Statistik der Pn. aus der preussischen Armee von den letzten 20 Jahren, nach welcher eine Abminderung der Morbidität, aber keine Abminderung der Mortalität, die nach der Tuberkulose immer noch die höchste Ziffer erreicht, stattgefunden hat. Er empfiehlt, dass auch die Krankenkassen, wie die Militärsanitätsverwaltung, jedem Pneumoniker nach überstandener Krankheit 4 Wochen Urlaub gewähren. Jürgensen (Tübingen)

Digitized by Google

und Nothnagel (Wien) empfehlen angelegentlichst die hydrotherapeutische Behandlung, die insbesondere sich auch gegen die Herzschwäche wirksam erweise. Senator (Berlin) befürwortet besonders den innerlichen Gebrauch warmen Wassers, insbesondere in Form der alkalischen Mineralwässer, zur Erleichterung der Expektoration bei allen bromsitischen Zuständen. Rumpf (Hamburg) hat bei grosser Herzschwäche in Folge von Blutverarmung Kochsalzinfusionen angewendet und unter 12 Fällen 6 Mal Erfolg gehabt. Rosenstein (Leyden) hält eine zeitige Anwendung von Reizmitteln für nothwendig, wenn die Zunahme der Pulsfrequenz und die Erweiterung des Herzens nach rechts die Prognose schlecht erscheinen lassen. Smith (Marbach) spricht sich gegen den Alkoholgebrauch bei Pn. aus, weil er gerade das Herz gefährde. Schultze (Bonn) verwendet Alkohol nur bei Trinkern, sonst lieber Kaffee und Campher, als Analeptica. Er verwendet kein Digitalis. Pässler (Leipzig) warnt vor Anwendung des Chloralhydrats, weil es eine Gefässlähmung herbeiführt und die Wirkung der Pneumococcen noch steigert. Naunyn (Strassburg) empfiehlt das JK als Expektorans gerade auf der Höhe der Erkrankung, ferner das Ergotin als Mittel gegen den Collaps (0,4—0,5 einer 10% Lösung subcutan mehrmals tgl.). Pick (Prag) weist darauf hin, dass das Ergotin im Thierversuch keine gefässverengernde Wirkung hat. Lenhartz (Hamburg) macht darauf aufmerksam, dass die Pneumoniker nicht nur an Lähmung des Herzens und der Gefässnerven, sondern auch an Bacteriämie sterben, so dass der Blutuntersuchung eine sehr wichtige prognostische Bedeutung zukomme. Nach dem 40. Lebensjahre ist die Digitalis das beste Herztonikum, denn es verstärkt in kleinen Dosen die Elasticität des Herzmuskels. Bäumler (Freiburg) hat Tod vom Gehirn aus eintreten sehen oder plötzliche Hyperpyrexie bei Pneumonie. Die Hydrotherapie ist keine Antipyrese, sondern übt Einwirkung auf die Gefässnerven aus. — Das zweite Referat wurde von Litten (Berlin) behandelt und bezog sich auf das Thema: Die Endocarditis und ihre Beziehungen zu anderen Krankheiten. L. kommt auf Grund seines sehr interessanten und bedeutsamen Vortrages zu folgenden Schlusssätzen: 1) Die E. ist mit Ausnahme der atheromatösen Form niemals eine selbständige Krankheit, sondern stellt eine Komplikation dar. 2) Die E. kommt fast ausschliesslich im Verlaufe einer Infektionskrankheit vor und wird, abgesehen von der atheromatösen Form, durch Mikroparasiten bedingt. 3) Die bisherigen Bezeichnungen E. verrucosa und ulcerosa lassen keine präcisen Schlüsse zu auf Ursprung und Verlauf der Krankheit. 4) Vom klinischen Standpunkte aus und mit Bezug auf die durch die E. bedingte Lebensgefahr ist sie zu scheiden in E. benigna und maligna. 5) Gemäss ihrer sekundären Stellung muss bei der Bezeichnung der E. das ätiologische Moment berücksichtigt werden. Die E. ist daher einzutheilen in: a) E. benigna u. z. rheumatica, peliotica, choreatica, gonorrhoica, scarlatinosa, morbillosa, variolosa, diphtheritica, typhosa, pneumonica, tuberculosa, Influenza, traumatica. b) E. maligna (non-apostematosa) u. z. rheumatica, choreatica, gonorrhoica. 3) E. (maligna) septico-pyämica, apostematosa (primär oder sekundär aus einer der vorgenannten durch Infektion mit Eitererregern hervor-

Digitized by Google

gehend.) Die E. benigna und maligna gonorrh. wird hervorgerufen durch denselben Krankheitserreger, den Gonococcus. Beide Formen sind daher nur graduell verschieden, je nach der geringeren oder grösseren Virulenz des Gonoc. Auch für den akuten Gelenkrheumatismus und die dadurch bedingte E. ist ein bestimmter Krankheitserreger anzunehmen, dessen Natur noch nicht sicher bekannt ist. Analog den Verhältnissen bei der E. gon. ist anzunehmen, dass auch die benigne und maligne rheumatische E. durch ein und denselben Mikroorganismus bedingt wird. 6) Die E. b. bewirkt nur geringfügige Veränderungen, die keine klinischen Erscheinungen hervorzurufen brauchen, oder führt zur Bildung chronischer Klappenfehler. Sie betrifft stets das linke Herz und führt, wenn überhaupt, nur zu blanden, anämischen Infarkten im grossen Kreislauf. Finden sich daneben Lungeninforkte, so stammen diese von Venenthromben oder rechtsseitigen Herzgerinnseln. 7) Die maligne E. stellt an sich unter allen Umständen eine erhebliche Gefahr für das Leben dar; sie findet sich sowohl im linken, wie im rechten Herzen und kann anatomisch das Bild der verrucösen und ulcerösen Form darbieten. Sie führt meist zu Metastasen, welche je nach dem Charakter der Grundkrankheit nur mechanisch (Rheumatismus, Chorea, Gonorrhoe) oder infektiös (Septico-Pyämie, sekundäre und Mischinfektion) wirken, daher bland oder eitrig sind. Demgemäss muss man sie trennen in eine E. maligna mit und ohne Eiterung. 8) Auch durch Traumen kann eine entzündliche Erkrankung der Herzklappen hervorgerufen werden, welche alle Charactere der E. benigna darbietet und zur Heilung oder zur Bildung von Klappenfehlern führt. Auch diese Form kann durch sekundäre Infection mit Eitercoccen in eine maligne, septico-pyämische übergehen. — In der an diesen Vortrag sich anschliessenden Diskussion bemerkt v. Jürgensen (Tübingen), dass die häufigste Ursache für E. der Gelenkrheumatismus ist und dass dabei die Myocarditis das massgebende ist. Schwere acute Gelenkrheumatismen sieht er selten mehr in Tübingen, hingegen viele nervöse Störungen wie Chorea, sehr gesteigerte Reflexthätigkeit, paradoxe Kontrakturen bei G. Bezüglich der Therapie der E. giebt J. an, dass man die an E. Erkrankten solange zu Bette liegen lassen soll, bis alle Herzerscheinungen völlig geschwunden sind und insbesondere die Temperatur wieder zur Norm zurückgekehrt ist was mitunter 6—8 Monate dauern könne, man sieht dann sehr selten zurückbleibende Klappenerkrankungen. Lenhartz (Hamburg): Die maligne und septische Form der E. sind meist nicht von einander zu unterscheiden, sondern gehen ineinander über. Schott (Nauheim) spricht an Hand seiner Erfahrungen über die E. als Komplikation von Gelenkrheumatismus und Influenza. His (Leipzig) spricht über die Verschlimmerung einer bereits bestehenden E. durch eine dazu tretende Gonorrhoe. Michaelis (Berlin) weist darauf hin, dass die Erreger der E. wohl immer die gleichen Erreger der die E. verursachenden Krankheit seien. v. Leube (Würzburg): Ganz leichte Infectionskrankheiten können unter Umständen zu E. führen, so die Angina, der Muskelrheumatismus, der wohl als eine Infektionskrankheit anzusehen ist. Wassermann (Berlin) spricht über Thierversuche, die er mit Streptokokken behufs Erzeugung der E.

Digitized by Google

angestellt hat. — Aus der reichen Fülle der einzelnen Vorträge greife ich solche heraus, welche in den Rahmen dieser Zeitschrift passen, wobei ich solche etwas ausführlicher besprechen werde, die ein vorwiegend praktisches Interesse beanspruchen. Neusser (Wien): Zur Klinik des Maltafiebers. In Anknüpfung an die Vorstellung eines von Maltafieber befallenen Patienten berichtet N. über eine an den Küsten und auf den Inseln des Mittelmeeres häufig vorkommende Infektionskrankheit, die durch den 1897 entdeckten Micrococc. Melitensis, der für Menschen und Affen pathogen ist, verursacht wird. Die Krankheit beginnt mit Fieber, das bis zu 40,5 steigen kann, Kopf- und Lendenschmerzen, Schlaf- und Appetitlosigkeit; Brechreiz, manchmal Erbrechen, Obstipation und öfters profuse Schweisse gesellen sich hinzu. Der einzelne Fieberanfall dauert 1—5 Wochen; dabei sind für die Krankheit charakteristisch die in unregelmässigen Intervallen auftretenden Rückfälle, die die Krankheit über Monate, ja selbst Jahre hinziehen können. Im weiteren Verlaufe und als Nachkrankheiten kommen rheumatische Affektionen der Gelenke, Orchitis, Mastitis und Neuralgien vor. Tötlicher Ausgang ist selten, die Mortalität beträgt 2%. Eine wirksame Therapie des Maltafiebers ist bis jetzt unbekannt. Wenckebach (Utrecht): Die physiologische Erklärung der Arythmie des Herzens. Die 3 Hauptfunktionen, welche wir als Bedingung der regelmässigen Herzthätigkeit zu betrachten haben, sind: 1) die automatische Reizbarkeit des Herzmuskels, 2) das Vermögen, die motorischen Reize von Muskelzelle auf Muskelzelle weiter zu leiten, 3) die Kontraktilität. Das Nervensystem ist im Stande, in diese 3 fundamentalen Eigenschaften ändernd einzugreifen. Störungen in jeder dieser Funktionen sind im Stande, eine besondere Form der Arythmie hervorzurufen. Die automatische Reizbarkeit ist sehr oft erhöht. Es treten daher überzählige Extra-Systolen auf. Diese entsprechen in den meisten Fällen den sog. frustranen Kontraktionen und rufen den Pulsus trigeminus, das Intermittieren und verwandte Pulsformen hervor. Das motorische Leitungsvermögen kann geschwächt und erhöht sein. Im ersten Falle kann es zu regelmässigem Intermittiren kommen, wobei aber keine Extra-Systolen stattfinden und eine eigenthümliche Allorythmie auftritt. Dieses regelmässige Intermittieren kann durch allerlei Uebergangsformen so weit gehen, dass schliesslich eine Bradycardie auftritt, wobei nur jeder 2. Reiz eine Systole hervorruft. Leitungshemmung ist auch die Ursache der Stokes-Adam'schen Krankheit. Wenn die Leitungsfähigkeit aber abnorm erhöht und das Herz dabei stark gereizt wird, kommt es zum Delirium cordis, wobei Digitalis günstig wirkt durch Vagusreizung, welche die Leitung erschwert. Die typische Arythmie durch geschwächte Kontraktilität ist wohl der Pulsus alternans. Diese Störungen der drei Hauptfunktionen können einzeln und combiniert auftreten: von funktioneller Störung des Herzmuskels und dann mehr ständig, von Nerveneinfluss abhängig und dann mehr vorübergehend sich kundgebend. — A. Hoffmann (Düsseldorf); Ueber die Pathologie der paroxysmalen Tachycardie. Der tachycardische Anfall entsteht aus den verschiedenartigsten Ursachen und verläuft stets in typischer Weise. Die

Digitized by Google

Sektionsbefunde geben keine sichere Erklärung des Krankheitsbildes, sondern man muss klinisch-physiologisch den Anfall analysieren, um zu einer Erklärung desselben zu gelangen. Genaue Beobachtungen der Urinsekretion im Anfalle bewiesen, dass sein Entstehungsort in der medulla oblongata gesucht werden muss. Die Polyurie bei gesunkenem Blutdruck ist nicht anders als durch centriale Einflüsse zu erklären. Physiologisch fasst H. nach genauer Analyse der Pulskurven die T. als eine Häufung von Exstrasystolen, als einen Tetanus des Herzens auf. Er nimmt keine einheitliche Erkrankung, sondern eine Disposition an, bei der die Anfälle aus den verschiedenartigsten Gründen entstehen können. Für die Anfälle schlägt er den Namen Anfälle von „Herzjagen" vor. — Vierordt (Tübingen): Ueber Cyanose. Hinsichtlich der Entstehung der „Blausucht" der Haut verwirft V. die bisher zumeist geltende Mischungstheorie (vermehrte CO Aufnahme in das O-haltige Blut), sondern nimmt mechanische Ursachen dafür in Anspruch. Die Dicke der Blutschicht und der überliegenden Hautdecke bedingen die blaue Farbe. Sie ist nur in sehr bedingter Weise als Maass für die Venosität des Blutes anzusehen. Schott (Nauheim): Ueber Influenza und chronische Herzkrankheiten: Sch. weist darauf hin, dass seit der Pandemie des Jahres 1889/90 die Influenzaepidemien, welche seitdem nicht mehr aufgehört haben, auch ganz besonders das Herz ergriffen und zwar derart, dass durch die cardialen Erkrankungen nicht nur die Morbiditäts-, sondern auch die Mortalitätsziffer ganz bedeutend gewachsen sei. Redner erörtert dann die drei Gruppen von Herzaffectionen, welche entweder durch die I. direkt hervorgerufen oder durch sie verschlimmert werden, nämlich 1) primäre Herzerkrankungen, 2) Herzleiden secundär entstanden in Folge anderer durch Influenza hervorgerufener Erkrankungen, 3) Einwirkung der Influenza auf bestehende Herzaffectionen. Von den primären, durch Influenza hervorgerufenen Herzleiden sind in erster Linie die nervösen Herzaffectionen zu nennen. Bei den motorischen Neurosen überwiegt zwar die Tachycardie, auffallend ist aber gerade hier die Häufigkeit der Bradycardien, welche in solcher Zahl wohl kaum bei einer anderen Infectionskrankheit gefunden werden. Pseudangina, wie auch Angina pectoris vera und Neurasthenia cordis sind bei Patienten, die an Influenza litten, gar nicht selten die Folge. Ganz besonders häufig sind die Herzmuskelaffectionen, die zum Theil rein, zum Theil in Folge von Herzneurosen zur Beobachtung gelangen. Die Grippotoxine respective die Bacillen selbst können aber, wenn auch viel seltener, direct zu myocarditischen wie auch zu endocarditischen Processen führen. So konnte auch Redner selbst primäre Klappenaffectionen hier beobachten. Zahlreich sind auch die chronischen Herzleiden durch grippale Erkrankungen der Respirationsorgane, des Nervensystems sowie des Intestinaltraktus, und hier können sehr schwere Herzleiden entstehen, und zwar sowohl Klappenerkrankungen als auch Herzmuskelaffectionen und Herzneurosen. Besonders prädisponiert sind hier Personen, bei welchen vorher Adipositas universalis, Gicht, Diabetes und vor Allem Arteriosclerose bestand. Den schlimmsten Gefahren sind solche Patienten durch die Influenzaerkrankung ausgesetzt, welche bereits an endo- oder myo-

Digitized by Google

carditischen Processen vorher litten. Ein sehr grosser Procentsatz der congenitalen Herzleiden endigt durch die Influenza letal und myocarditische Processe werden oft rapide verschlimmert. Starke Herzausdehnungen kommen schon bei einfacher muskulärer Debilitas vor, und früher bestandene Herzneurosen werden durch die epidemische Grippe nicht nur leicht wieder wachgerufen, sondern durch ihre Verschlimmerung wird secundär der Herzmuskel auch leicht mitafficiert. Für einen grossen Theil des hier Angeführten giebt Sch. Beispiele an, welche durch Fiebercurven, Herzgrenzenzeichnungen, Sphygmogramme etc. erläutert werden. Zum Schlusse betont der Vortragende, dass durch die Entdeckung des Influenzabacillus sowie bessere klinische Forschungen bereits ein gewaltiger Fortschritt gemacht worden sei. Eine Arbeit, welche Redner vom Generalstabsarzt Dr. v. Vogl aus München zugesandt worden war, u. deren Inhalt in der Hauptsache mitgetheilt wurde, bestätigt die von Sch. gemachten Angaben.

(Schluss folgt.)

Bericht über den 29. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin. (18.—21. April 1900).

Auch dieses Jahr bot der Kongress der Deutsch. Ges. f. Chirurgie eine reiche Fülle von Verhandlungsgegenständen dar. Wir bringen in Nachstehendem den Hauptinhalt der für die Kinderheilkunde wichtigen und interessanten dort gehaltenen Vorträge. Czerny (Heidelberg) und Krönlein (Zürich) sprachen über die (für die Pädiatrie nur beschränktes Interesse darbietende) Behandlung inoperabler Carcinome. Cz. trat zunächst für die Errichtung von Spitälern für derartige Krebsformen ein und verbreitete sich dann über die Behandlung inoperabler Carcinome mit Chlorzink-Aetzungen. Kr. sprach über die Resultate der operativen Behandlung der Darmcarcinome und konstatiert, dass in nicht wenigen Fällen, die zur Operation gelangen, ein Wiederwachsen der Geschwulst oder die Auftreten derselben an anderen Stellen beobachtet wird; nur in 14,8 % seien operative Dauerheilungen von mindestens dreijährigem Bestand konstatiert. Andere Chirurgen verfügen, wie aus der Diskussion hervorging, allerdings über eine wesentlich grössere Zahl von Dauerheilungen, z. B. Kraske, Henle. v. Mangoldt (Dresden) berichtete, indem er dabei eine Reihe von diesbezüglichen Fällen vorstellte, über Knochenplastik. Er hat u. A. eine nach Typhus entstandene starke Larynxstenose dadurch geheilt, dass er den Larynx spaltete, zum Klaffen brachte und in den dadurch hergestellten Defect ein aus einer Rippe des Patienten entnommenes Stück Rippenknorpel

Digitized by Google

einpflanzte; einen total eingesunkenen Nasenrücken hat er durch Inplantation eines Rippenknorpels wieder aufgerichtet. v. Stubenrauch (München) sprach im Anschlusse hieran über die Veränderungen des wachsenden Knochens unter dem Einflusse des Phosphors. Bei Tieren, welche er mit kleinen Dosen P. gefüttert hatte, beobachtete St. eine Zunahme der Knochenmasse in verschiedenem Grade und an verschiedenen Gliedern, so besonders am Oberarm, Vorderarm und Oberschenkel. Diese Veränderungen sind allerdings oft so feiner Natur, dass sie in vielen Fällen nur mit dem Mikroskope erkannt werden können. Die Einwirkung des P. auf die Knochen bei Rhachitis, welche so oft betont wird, ist noch nicht ganz klar gestellt und dürfte durch röntgographische Untersuchungen noch weiter verfolgt werden müssen. (St. hat durch Röntgen-Aufnahmen schwere Knochenveränderungen bei jugendlichen Zündholzarbeitern nachgewiesen.) König (Berlin) wendet sich in seinem Vortrage über die Wandlungen in der chirurgischen Technik von Gelenk-Operationen vor Allem gegen die neuerdings übertriebene, häufig angewandte Methode der Apparatbehandlung. Letztere sei ein Notbehelf, zu dem man nur greifen sollte, wenn ein chirurgischer Eingriff nicht ausführbar sei. K. demonstriert eine Anzahl von Fällen, in denen schwere Gelenkvereiterungen durch Arthrotomie zur Heilung mit gutem funktionellen Resultat gelangt sind. Schede (Bonn) glaubt, dass bei vielen derartigen Gelenkvereiterungen die einfachere und weniger gefährlichere Punktion und Drainage gleichfalls Heilung herbeiführe. v. Eiselsberg (Königsberg) stellt einen jungen Mann vor, dem der verloren gegangene Zeigefinger durch seine amputierte und implantierte zweite Zehe mit ihren Sehnen ersetzt worden ist. Die Zehe ist eingeheilt, vorläufig aber nur in geringem Grade beweglich, hingegen ist das kosmetische Resultat befriedigend. Israel (Berlin): Ueber Operationen bei Nieren- und Ureterensteinen. An der Hand eines reichen statistischen Materials erbringt I. den Beweis, dass bei zahlreichen Formen dieses Leidens ein operatives Vorgehen dem Arzte direkt zur Pflicht wird. Vor allem ist dies der Fall bei denjenigen Formen des Steinleidens, welche durch häufige schwere und innerer Behandlung trotzende Koliken dem Kranken jede Lebensfreude nehmen, häufige Harnblutungen veranlassen, Eiterung oder Degeneration der Nierensubstanz, Schwellung des Nierenbeckens etc. erzeugen. Ebenso kann bei kompleter Urinverhaltung durch Nierensteine in der Regel nur durch eine Operation das Leben gerettet werden. Sitzt ein grösserer Stein im Ureter, so sind die Aussichten auf einen spontanen Abgang des Steins auf natürlichem Wege durch innere Behandlung oder Badekuren erfahrungsgemäss so geringe, dass auch hier der Stein meist nur durch eine Operation entfernt werden kann. Zur Aufsuchung des Steins ist der Weg durch die Nierensubstanz hindurch am geeignetsten. Meist gelingt es, die Niere selbst zu erhalten, nur bei totaler Vereiterung des Nierengewebes infolge des langen Bestandes des Steinleidens kann die Nierenexstirpation unvermeidlich werden. In der Diskussion wird namentlich hervorgehoben, dass der Nachweis von Nierensteinen durch Röntgenstrahlen bei nicht zu korpulenten Per-

Digitized by Google

sonen sehr häufig gelingt. Kümmel (Hamburg) besprach hierauf die Methoden zur Feststellung der Funktionsfähigkeit der Nieren vor operativen Eingriffen, so den Katheterismus der Ureteren, die Harnstoffuntersuchung. Durch Coranni's neuere Untersuchungen ist auch festgestellt, dass eine ungenügende Leistungsfähigkeit der Niere sich konstant durch eine Erniedrigung des normalen Gefrierpunktes des Blutes zu erkennen giebt. Auch durch die Gefrierpunktsbestimmung des gesondert aufgefangenen Urins jeder Niere lassen sich wertvolle Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des betreffenden Organs gewinnen. Nur nach Feststellung einer vorhandenen zweiten funktionsfähigen Niere ist die Exstirpation der erkrankten Niere zulässig. Anschütz (Breslau) stellt einen Fall von grosser angeborener Blasenspalte vor, den Mikulicz durch Einsetzung eines Stückes aus einer benachbarten Darmschlinge verschlossen hat. Trendelenburg (Leipzig) betont, dass mit der viel weniger gefährlichen Methode des plastischen Verschlusses durch direkte Blasennaht und Hautlappenbildung zum mindesten das gleiche Resultat sich erzielen lässt. Das Durchnässtwerden der Operierten durch unfreiwilligen Harnabfluss, der nach den Operationen fast immer zeitlebens stattfindet, kann durch Tragen eines geeigneten Apparates leicht verhütet werden. Bessel-Hagen (Charlottenburg) stellt eine Reihe von Patienten vor, bei denen die Exstirpation der Milz mit Erfolg ausgeführt worden ist. In einem dieser Fälle handelte es sich um enorme Milzschwellung infolge von Malaria, in den übrigen Fällen handelte es sich um Vereiterung der Milz. Die Chirurgie der Cholelithiasis, die besonders eingehend von Kehr (Halberstadt) besprochen wurde, hat für die Pädiatrie kein Interesse. Eine grosse Reihe von Vorträgen behandelte die moderne Magendarm-Chirurgie. Zunächst wurde die chirurgische Behandlung der Unterleibscontusionen besprochen. v. Angerer (München) vertritt — gegenüber den Chirurgen, welche bei Unterleibsverletzungen durch stumpfe Gewalt so lange ein exspektatives Verhalten beobachten, bis bedrohliche Symptome auf eine innere Blutung oder Darmverletzung hinweisen — den Standpunkt, dass die Eröffnung der Bauchhöhle, die Blutstillung, der Verschluss der verletzten Darmabschnitte durch die Naht frühzeitig vor Eintreten der Peritonitis zu erfolgen habe, falls der operative Eingriff nicht zu spät kommen solle. In der Diskussion wurden Erfahrungen mitgeteilt, die sich vorwiegend zu Gunsten der Frühoperationen bei schweren Bauchcontusionen aussprachen. Besonders überzeugend wird die Gefährlichkeit dieser Zustände durch mehrere mitgeteilte Beobachtungen dargelegt, bei denen bereits wenige Stunden nach der Verletzung bei der Operation eine beginnende Peritonitis vorgefunden wurde. Bei Volvulus und Ileus des Dickdarms empfiehlt v. Bergmann (Riga) ebenfalls die Frühoperation. Ebenso empfiehlt er bei Pylorusstenose die Gastroenterostomie. Unwegsamkeiten des Darms durch Geschwürsnarben sollten durch Ausscheidung der verengten Stelle aus der Darmcirculation behandelt werden. Kehr hat die Methode der Gastroenterostomie auch bei kleinen Kindern, die an gutartigen Verengerungen des Magenpförtners mit gefahrdrohendem Erbrechen litten, mit Erfolg ausgeführt.

Digitized by Google

Krönlein (Zürich) und Lindner (Berlin) ziehen zur Ausführung dieser Operation die direkte Darmnaht jeder künstlichen Verbindung durch Murphy-Knöpfe vor. Auch v. Hacker (Innsbruck) verwirft grundsätzlich den Murphyknopf, der, wie auch Petersen (Heidelberg) darlegt, keineswegs eine grössere Sicherheit der Naht gewährleistet und in technischer Hinsicht zum Mindesten dieselben Schwierigkeiten bietet, wie die direkte Naht. Krause (Altona) hat zur Beseitigung des nach gangränösen Hernien meist zurückbleibenden künstlichen Afters die alte Dupnytren'sche Darmklemme in modifizirter Form wieder angewandt. Er empfiehlt, durch eine tiefe Einführung dieser Klemme in den künstlichen After zunächst eine genügende Kommunikation zwischen beiden Darmschenkeln herzustellen, der sogen. Sporn wird dabei geschont und zur exakten Darmnaht nach Zustandekommen der Kommunikation durch die Klemme benutzt. Steinthal (Stuttgart) empfiehlt zum Verschlusse des künstlichen Afters eine Darmplastik, Göpel (Leipzig) zum Verschlusse grosser Bruchpforten die Einheilung geflochtener Silberdrahtnetze. Lexer (Berlin) sprach über Teratome der Bauchhöhle, kongenitale Geschwülste, die meist einer Versprengung embryonaler Keime ihre Entstehung verdanken. Die Entfernung dieser meist sehr grossen, in der Tiefe des Abdomen zwischen den Blättern des Mesenterium liegenden Geschwülste stösst sehr oft auf erhebliche Schwierigkeiten. Hoffa (Würzburg) spricht über die operative Behandlung des Caput obstipum und demonstriert mehrere derartige Fälle, die er nach der Methode von Mikulicz — Ausschneidung der unteren Hälfte des geschrumpften musc. sternocleidom. — operiert hat. Das funktionelle Resultat der Operation ist zwar ein befriedigendes, doch ist eine narbige Einziehung, zumal bei Mädchen, recht störend, weshalb Trendelenburg dagegen sprach. Durch die einfache Durchschneidung des musc. sternocleidom. hat er ein ebenso gutes funktionelles Resultat erzielt, vermeidet aber durch diese Methode die erwähnte kosmetische Störung. Auch wurde von mehreren Rednern noch darauf hingewiesen, dass die sonst radikale M.'sche Methode nicht sicher vor Rückfällen schützt. Sarwey (Tübingen) erörterte die Frage der Händedesinfektion vor chirurgischen Eingriffen. Nach seinen Experimental-Untersuchungen ist keine der gebräuchlichen Methoden der Händedesinfektion im Stande, die Hände des Arztes im bakteriologischem Sinne keimfrei zu machen. Nur zwei Methoden kommen dem Ideal einigermassen nahe: die Heisswasser-Alkohol-Desinfection nach Fürbringer und die Desinfection mit Seifenspiritus nach Mikulicz. Die Methoden, die sich auf eine rein mechanische Desinfektion einschränken, sind völlig ungenügend. Operationshandschuhe verschaffen keine grössere Keimfreiheit. Pölchen (Zeitz) demonstriert einen Fall von traumatischer Epilepsie, den er durch wiederholte Trepanation geheilt hatte. Riese (Britz) berichtet über zwei Fälle von Trombophlebitis des Sinus cavernosus u. d. Sin. transversus, welche von Zahngeschwüren ihren Ausgang genommen hatten. Während der eine Patient starb, hat R. in dem andern Falle durch Freilegung und Ausräumung des vereiterten Hirnblutleiters Heilung erzielt. Bunge (Königsberg) berichtete über

Digitized by Google

seine Untersuchungen über Gangraen der unteren Extremitäten. Durch mikroskopische Untersuchungen hat er festgestellt, das sowohl bei Altersgangraen als auch bei Gangraen der Diabetiker harte Wucherungen an der Interna der Gefässswände der Arterien im Zusammenhang mit Thrombose den Gefässverschluss und damit die Gangraen herbeiführen. In seinen Anfängen, ehe die Gangraen manifest geworden ist — ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel ist hier das von Erb angegebene akute intermittierende Hinken — kann das Leiden durch energische Jodbehandlung günstig beeinflusst werden. Payr (Graz) spricht über Blutgefäss- und Nervennaht. Es ist ihm gelungen, durchschnittene Nerven und Gefässe durch Einschiebung einer Magnesiumröhre zwischen die durchschnittenen Enden zur Verheilung zu bringen, wobei die Magnesiumröhre einheilt und allmählich im Körper aufgelöst wird. v. Zabludowski (Berlin) sprach über die Erkrankungen der Hände und insbesondere der Finger bei Klavierspielern. Nach seinen Erfahrungen trotzen die hartnäckigen Erkrankungen der Hände von Berufspianisten oft jeder Behandlung. Kinder erleiden nicht selten durch das Spannen der Oktaven eine funktionelle Schwächung der Hände, weshalb er für Kinder eine der Grösse der Kinderhand besonders angepasste Konstruktion der Oktavenbreite an den Klavieren fordert. Most (Berlin) berichtete über die topographischen Verhältnisse der hinter dem Rachen- und Nasenrachenraum gelegenen Lymphdrüsen, die so häufig zu Eiterungen, Wucherungen etc. hinter dem Rachen Veranlassung geben. S.

Referate.

Die Bäderbehandlung des Typhus bei Kindern. Von E. Jusset. (L'Echo médic. Nr. 18. 1900 — Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 18, 1900.)

J. ist ein überzeugter Anhänger der systematischen Bäderbehandlung bei Kindertyphus; aber er hält es für überflüssig, sofort mit den kalten Bädern nach der Methode von Brandt zu beginnen, da die beabsichtigte Wirkung auf das Nervensystem und die Circulation sich ganz gut auch mit höher temperierten Bädern von 26—28° erreichen lässt. Je jünger das Kind ist, desto weniger kalt das Bad. J. beginnt in den ersten Tagen der Erkrankung mit Bädern von 28°, die er dafür alle 2 Stunden wiederholen lässt; oft genügen diese Bäder die ganze Krankheit hindurch. Wenn dieselben aber längstens am 2. Tage nicht die gewünschte Wirkung haben, so erniedrigt er die Temperatur auf 25, 20 und selbst 18°, und zwar erfolgt diese Herab-

Digitized by Google

setzung der Temperatur sehr rasch, so zwar, dass, wenn z. B. der 2. Tag der Behandlung mit 25grädigen Bädern keine zufriedenstellenden Resultate ergibt, am 3. Tage schon 20° an die Reihe kommen. Natürlich sind das schwere Fälle, wo das Nervensystem schon einen Teil seiner Erregbarkeit verloren hat. Bei diesem Vorgehen hat J. niemals üble Zufälle, insbesondere nicht Collaps gesehen. Wenn J. nicht von Anfang an die ganz kalten Bäder nach Br. anwendet, so liegt der Grund darin, dass dieselben doch unangenehm für den Kranken und die Umgebung sind, und dass man in vielen Fällen ebenso gute Resultate mit weniger kalten Bädern erreichen kann. Zum Schlusse hebt J. hervor, dass dieses nur für das Kindesalter gilt.

Dr. Goldbaum-Wien.

Eine Epidemie von acutem Erythem bei Kindern in der Umgebung von Giessen (Erythema infectiosum acutum). Von Emil Berberich (Inaugural-Dissertation Giessen 1899).

Die Arbeit berichtet ausführlich über die von Professor Sticker in den Frühlings- und Sommermonaten des Jahres 1899 in der Umgebung von Giessen beobachtete und in der Zeitschrift für practische Aerzte Jahrgang VIII Nr. 11 (Referat Schnell-Egeln, Kinderarzt X. Jahrgang, Heft 9) mitgetheilte Epidemie (Erythema infectiosum). Verf. führt 45 Krankengeschichten an, die die Epidemie darstellen. Danach war der Verlauf der Epidemie ein äusserst milder; nur zwei Fälle verliefen unter einem schweren Bilde, einer davon endete am zweiten Tage letal; bei beiden Fällen hat das Erythm an der Stirn begonnen. Sonst bringt Verf. was das Krankheitsbild anbetrifft, nichts Neues, was wir nicht schon aus der Abhandlung von Sticker und dem Referat erfahren hätten.

Zwei Abbildungen, die B. seiner Dissertation beigefügt hat, veranschaulichen das Bild des Erythems in treffender Weise; die eine giebt das Bild am 2. Krankheitstage von Unterarm und Hand, die andere das Bild am 3. Krankheitstage von der Aussenseite des Oberschenkels wieder.

Interessant vor allem ist, was B. über die Ausbreitung des Erythems im vorigen Jahre in Erfahrung gebracht hat; danach ist das Erythem in Giessen selbst und in dessen Umgebung, Lich, Steinbach und Albach, in Wetzlar, Hasselborn bei Usingen, in Friedberg, Gleiberg, Krofdorf, Lollar, endlich in Hanau und Wiesbaden unter den Kindern epidemisch aufgetreten.

Ein in der Dissertation veröffentlichter von Dr. Rössner an Sticker gerichteter Brief giebt uns noch Aufschluss über den Verlauf der Epidemie in Hasselborn; danach ist diese dort unter schweren Allgemeinsymptomen aufgetreten: „Theilweise war geringe Angina und Temperatursteigerung, in fast allen Fällen aber eine mehrere Wochen anhaltende Körpermattigkeit und Appetitlosigkeit vorhanden.“ Ein Fall endete in Hasselborn letal.

Nachdem B. dann noch eine umfassende Zusammenstellung aus der Litteratur über Erscheinungen und Verlauf der einzelnen Erytheme,

Digitized by Google

besonders des Erythma exsudativum multiforme gegeben hat, kommt er zu dem Schluss, dass man „die Giessener Erythem-Seuche für eine besonders leichte Epidemie des Erythema exsudativum multiforme halten könne." Aber schon wenige Seiten später schreibt er wörtlich: „Wir haben bisher das von uns beobachtete Erythem von dem Gesichtspunkte der Dermatologie aus betrachtet. Fragt man, zu welchen Krankheitsgruppen es zu rechnen sei, so stehen wir nicht an, ihm einen Platz unter den sogenannten acuten Exanthemen zu geben." Ist auch der Begriff des Erythems und Exanthems in manchen Punkten noch ein strittiger, so darf man doch nicht derartig damit herumwerfen, dass man dieselbe Krankheit fast in einem Athemzuge als Erythem und dann als Exanthem bezeichnet.

Tripke-Coblenz.

Zur Mechanik und Physiologie der Nahrungsaufnahme bei Neugeborenen. Von Heinrich Cramer. Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 263. Leipzig, Breitkopf u. Härtel. Einzelpreis 75 Pf.

Verf. untersucht die diätetischen und mechanischen Momente, die für den Erfolg einer Ernährungsmethode massgeben sind und zwar 1. die Diätetik: Wie gross ist das physiologische Nahrungsquantum des gesunden ausgetragenen Neugeborenen? Wann soll die erste Nahrungszufuhr beginnen? Wie gross ist dieselbe? Wie gestaltet sich ihre Steigerung, und 2. die Mechanik: Wie gross ist die Arbeitsleistung des Neugeborenen bei der Nahrungsaufnahme an der Brust und aus der Flasche? Wie verhält es sich überhaupt mit der Saugthätigkeit bei der natürlichen und bei der künstlichen Ernährung? Verf. kommt in seiner interessanten Arbeit zu folgenden Schlüssen: Das bei einer künstlichen Ernährungsmethode zuzuführende Nahrungsquantum soll dem physiologischen Nahrungsquantum entsprechen, d. h. derjenigen möglichst geringen Nahrungsmenge, welche den möglichst grössten Gewichtszuwachs sichert. Es kann ohne jeglichen Schaden für ein gesundes ausgetragenes Neugeborenes eine Zeit von 1—1½ Tagen bis zur ersten Nahrungsaufnahme verstreichen und das Kind braucht nur alle 3 Stunden Nahrung. Die Zahl der Entleerungen ist täglich 1—2 Mal, 3 oder 4 tägliche Stuhlentleerungen sind immer pathologisch. Der physiologische Nährquotient, d. h. diejenige Zahl, welche angiebt, der wievielste Theil der zugeführten Nahrung im günstigsten Fall im Gewichtszuwachs zum Vorschein kommt, ist bei dem 10. Lebenstage ca. 17—18 %. Bei der gewöhnlichen Nahrungszufuhr aus der Brust ist der Nährquotient ca. 10 %.

Der Säugling bedarf zur Nahrungsaufnahme einer Aspirationskraft, die nur durch eine Reihe hinter einander ausgeführter Saugbewegungen erzeugt werden kann. Diese Aspirationskraft entspricht dem negativen Druck, der nothwendig ist, um Milch aus der Brust anzusaugen (ca. 20—70 cbcm Wasser). Die Kompression des Warzenhofes und das Auspressen der Milch kommt demgegenüber erst in zweiter Linie in Betracht. Für den Begriff der schwer und leicht gehenden Brust ist der Tonus der Warzenhofmuskulator nicht massgebend. Der schwere oder leichte Austritt der Milch ist vom Füllungszustand der Brust

Digitized by Google

abhängig. Frühgeborene Kinder haben in Folge ihrer geringen Reflexerregbarkeit eine sehr geringe Saugfähigkeit. Dieselbe steigt jedoch rasch mit der Zunahme ihrer Reflexerregbarkeit. Die Arbeitsleistung des Säuglings an der Brust ist bei der Nahrungsaufnahme eine bedeutend (50—100fach) grössere als bei der Flaschenfütterung.

Drews-Hamburg.

Die Erkrankungen der Luftwege und ihre Behandlung mit „Pertussin Taeschner". Von Goldmann. (Wiener medicinische Blätter Nr. 17, 1900.)

G. hat bei verschiedenen Erkrankungen der Luftwege Pertussin Taeschner angewendet, so behandelte er 14 Kinder mit schleppend verlaufender Bronchitis, nachdem er ohne Erfolg Ipecacuanha, Senega, Ol. jecor. Aselli, Malzpräparate verordnete, mit Pertussin Taeschner 3—4 Kaffeelöffel täglich. Die Wirkung war eine ausserordentliche. Die ersten Anzeichen waren stets ein kräftiges Aufhusten, eine täglich zunehmende leichtere Expectoration, seltenerer Husten und schon nach 10—12 Tagen konnte man keine Erscheinungen der Bronchitis mehr nachweisen. Auch in zwei Fällen von Bronchopneumonie bewährte sich das Präparat insofern sehr gut, dass die Expectoration sich stetig erleichterte, das Fieber sich allmählig herabsetzte und die Athmung sehr günstig beeinflusst wurde. G. verwendete das Pertussin Taeschner ausserdem in fünf Fällen von Pseudocroup. Auch hier erzielte er, ohne andere Medicamente verordnet zu haben, ausserordentliche Erfolge. Der sichtbarste Effect des Mittels bestand darin, dass die beängstigenden und qualvollen Anfälle schon am nächsten Tage gemildert und seltener wurden und am darauffolgenden Tage überhaupt ausblieben, namentlich hatten die nächtlichen Anfälle das Schreckliche ihres Auftretens verloren. Nach zwei, längstens drei Tagen war der bellende und hohle Husten lockerer geworden, die Heiserkeit beseitigt, die mühsame Athmung wurde alsbald besser und freier und der Pseudocroup war verschwunden und am sechsten bis achten Tage trat vollkommene Heilung ein. Auch in 19 Fällen von Pertussis hat er überraschende Erfolge gesehen. Schon am sechsten Tage bei ausschliesslicher Behandlung mit Pertussin Taeschner, 4mal täglich ein Kinderlöffel voll, wurden die Anfälle seltener und kürzer und die Nachtruhe wurde eine bedeutend bessere. Von dieser Zeit an bekamen die Kinder nunmehr durch 14 Tage täglich nur 1 Kaffeelöffel. Zu Ende der dritten Woche ungefähr zeigte sich bei ihnen weder krampfhafter Husten noch Erbrechen, die Nachtruhe wurde nicht gestört und die Kleinen hatten nur mehr leichten Katarrh mit mässigem Husten und nach Ablauf von vier Wochen waren die Kinder wieder vollkommen gesund. —

Der „Pertussin Taeschner" ist somit unstreitig ein gutes krampfmilderndes, schleimlösendes Mittel. Es wird von den Kindern, da es angenehm schmeckt, sehr gern genommen und gut vertragen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Pavor diurnus bei Kindern. Von G. J. Still, (The Lancet 2. 3. 1900 — Wiener medizinische Wochenschrift Nr. 18 1900.)

St. beschäftigt sich in einer längeren Abhandlung mit dem Pavor diurnus der Kinder, der im Vergleiche mit dem Pavor nocturnus viel seltener zur Beobachtung kommt, daher auch von den wenigsten Autoren erwähnt wird; nur Henoch führt zwei Fälle davon an. St. war in der Lage, drei Fälle zu sehen, zwei Knaben von $6^1/_2$ und 3 Jahren und ein Mädchen mit $4^1/_2$ Jahren. Die Symptome sind dieselben wie beim Pavor nocturnus, nur dass diese Anfälle von plötzlichem Schreck eben in wachem und nicht in schlafendem Zustande der Kinder auftreten; St. hält auch die Anfälle bei beiden Erkrankungen ihrem Wesen nach für identisch. Die Aetiologie ist dunkel, soviel steht fest, dass die Kinder immer von erregbarem, nervösem Temperament sind. In der Familiengeschichte spielt Rheumatismus häufig eine Rolle. Die Anfälle können jedenfalls nicht als maskierte Epilepsie angesehen werden (nie Verlust des Bewusstseins); sie sind eine Form von paroxysmaler Neurose und fallen allerdings als solche in dieselbe Gruppe von functionellen Störungen wie Migräne und Petit mal. St. glaubt, dass der Pavor diurnus (Day-Terrors) ebenso wie die nächtlichen Anfälle ihre Ursache in gastro-intestinalen Störungen haben; die Angaben anderer Autoren, dass Pavor nocturnus durch respiratorische Schwierigkeiten, hauptsächlich durch adenoide Vegetationen, hervorgerufen wird, hält er nach seinen Erfahrungen für nur in Ausnahmefällen giltig. Wenn auch die Prognose quo ad sanationem der Anfälle selbst günstig ist, so ist immerhin die Bedeutung des Pavor diurnus als eines Zeichen von Gefahr der Neigung zu ernsteren Neurosen im späteren Alter wahrscheinlich eine grössere als die des Pavor nocturnus. Bezüglich der Behandlung empfiehlt St. mit Rücksicht auf die von ihm aufgenommenen Versuche die Bekämpfung des chronischen Intestinalkatarrhs mit geeigneten diätetischen und medicamentösen Mitteln (citronensaures Kalium, Eisen, Aloë etc.), Entfernung eventuell vorhandener Fadenwürmer, Gebrauch vom Brompräparaten mit Belladonna; weiters müssen die betreffenden Kinder in der Schule und beim Spiele soviel als möglich von geistiger Anstrengung und Aufregungen fern gehalten werden.

Dr. Goldbaum-Wien.

Resaldol, ein neues Darmtonicum und Darmantisepticum. Von Hermann (Therap. Monatsh. 1900, 4).

Resaldol, ein Kondensationsprodukt des Saloform mit Resorcin, ein amorphes, gelbes, sehr leichtes, in verdünnter Sodalösung, wie überhaupt in Alkalien lösliches Pulver, besitzt nach H.'s Untersuchungen folgende therapeutisch verwertbare Eigenschaften: Relative Ungiftigkeit (Dosen bis 10 g riefen keine Beschwerden oder Vergiftungserscheinungen hervor), Entfaltung der Wirkung erst im Darm (erst bei alkalischer Reaction geht es in Lösung; die geringe Löslichkeit im Speichel lässt sich durch Darreichung in Oblaten umgehen), fast gänzliche Geschmacklosigkeit, namentlich der Mangel eines unangenehmen Geschmackes, Anwendbarkeit per os und per

Digitized by Google

clysma, und ein wenn auch geringer bacterienschädigender Einfluss. Angewendet hat H. das Mittel bei acuten und chronischen Darmerkrankungen, wenn es darauf ankam, auf Schleimhaut und Darminhalt adstringirend oder desinficierend einzuwirken. Ausgeschlossen sind natürlich auf mechanischen Reizen, Kothballen, Fremdkörpern u. s. w. beruhende und rein nervöse Diarhoeen. In Frage kommen nur chemisch-infectiöse Formen: bei acutem Magenkatarrh, Darmkatarrh der Kinder, chron. Dickdarmkatarh, profuse Diarrhöe beim Typhus im Anfangsstadium, Darmtuberkulose, starke Darmfäulniss mit erheblicher Indicanurie z. B. bei chlorotischen Mädchen, Icterus catarrhalis, bei welchem die Galle als wesentliches Darmdesinficiens fehlt. Die experimentell gewonnenen Erfahrungen konnte Verf. klinisch bestätigen. Es eignet sich namentlich für alle Erkrankungen, welche mit katarrhalischen und geschwürigen Processen der Darmschleimhaut einhergehen, besonders für Darmtuberkulose. Verf. empfiehlt grosse Dosen (3—5 gr. pro die für Erwachsene), weil ein schädlicher Einfluss nie sich geltend macht, die Fläche aber, auf welche der heilende Einfluss ausgeübt werden soll, die Darmschleimhaut, sehr gross ist.

v. Boltenstern-Bremen.

Gesundheitspflege.

Die Nothwendigkeit einer besseren Fusspflege und Fussbekleidung. Von Zülch. (Therap. Monatsh. 4, 1900.)

In der Fusspflege ist Reinlichkeit die erste Bedingung: tägliche gründliche — warme oder kalte — Waschungen mit Wasser und Seife, zeitweise wiederholte Abreibungen mit Spiritus, gute Versorgung der Nägel und etwaiger Hühneraugen. Für eine rationelle Fussbekleidung fordert Verf. die Einführung eines Zwischengliedes zwischen dem wollenen Strumpf und dem Schuh, um einen beständig trockenen, warmen Fuss zu gewähren, und zwar eines Sohlensystems aus Fliesspapier und Rosshaar. Ersteres, dem Strumpf anliegend, saugt die die sich bildende Feuchtigkeit auf, letzteres gestattet die Verdunstung. Einleistige Schuhe sind namentlich auch bei Kindern durchaus zu verwerfen. Die Form des Schuhes soll der des Fusses entsprechen, insbesondere in der Zeit der Entwickelung des Fusses, im Kindesalter. Darum muss das Schuhwerk stets nach Maass gefertigt werden. Vorn muss der Schuh für die Bewegung der Zehen ausreichenden Spielraum gewähren. Als Material ist Leder nicht zu umgehen. Der Lüftung wegen empfiehlt sich ein niedriger Lederschuh, auch hochschäftige, am Knöchel nicht festschliessende Stiefel. Zu ersteren sind zweckmässig Wollgamaschen zu tragen. Gut lüften auch Lederstiefeletten mit Tuchbesatz im oberen Theil. Im Sommer empfehlen sich Zeug- oder sog. Strandschuhe.

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Rezensionen.

Die Untersuchung des Harns und sein Verhalten bei Krankheiten. Von Dr. G. Beier. Leipzig, C. G. Naumann, 1900. Preis 2 Mark.

Das vorliegende Compendium der Harnuntersuchung ist für den Gebrauch des practischen Arztes sehr zu empfehlen. Ohne weitschweifig zu werden enthält das Büchlein alles Wissenswerte. Nach einer Abhandlung der physikalischen Eigenschaften des Urins und dessen Mikroskopie und Chemismus folgt eine sehr praktische Besprechung des Verhaltens des Harns bei den verschiedenen Krankheiten der einzelnen Körpersysteme, wie bei Blut-Stoffwechselleiden, acuten Infectionskrankheiten, Erkrankungen der Nieren und Harnwege, des Herzens, der Atmungs-Verdauungsorgane und des Nervensystems. Es werden dabei sehr instructiv die Veränderungen besprochen, welche der Urin bei den einzelnen Krankheitszuständen erleidet. Hopf-Dresden.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Dermatitis gangränosa infantum. — Von J. Lipes. — Verf. unterscheidet mit Renault die Gangrän nach folgenden Ursachen: 1. chemische, und zwar caustische, blasenziehende, die mehr oberflächliche Gangrän hervorrufen, und solche von der Art der mehr tiefer wirkenden Carbolsäure: 2. physikalische: Verbrennung, Frost, Druck, Ernährungsstörung durch letzteren und durch sinkenden Blutdruck bei sehr heruntergekommenen Kindern (im Allgemeinen viel seltener, als bei Erwachsenen); 3. sehr selten im Kindesalter Gefässverstopfungen; 4. Dyskrasien (Diabetes u. s. f.); 5. Intoxicationen (Ergotin u. Aehnl.); 6. Nervenerkrankungen.

Die genannte Dermatitis gangränosa wird als besondere weitere Form aufgestellt. Die Raynaud'sche Krankheit, die Varicellae gangraen, gehören dazu, auch gewisse Fälle spontaner Gangrän. Diese ganze Gruppe ist als bacterielle Infection anzusehen. Behandlung milde Antisepsis, Chinin.

In einem beschriebenen Falle bekam das tuberkulös behaftete Kind eine mit Erythem und Blasen beginnende, schnell fortschreitende Gangrän an Bauch und Hals, der eine der postdiphtherischen ähnliche Lähmung, dann Genesung folgte. Fieber gering, Nieren gesund.

(Alb. med. Ann. 1900.) Spiegelberg-München.

— Arteriendruck im Kindesalter. — Von K. Shaw.

Bei der Schwierigkeit, die die Anwendung bisher gebräuchlicher Apparate bei Kindern findet, ist bis jetzt die für Diagnose und Prognose so wichtige Beobachtung des Blutdruckes im Kindesalter ziemlich vernachlässigt worden. S. hat im Grazer Kinderspital mit

Digitized by Google

dem den Lesern wohl bereits bekannten Gärtnerschen Tonometer ausgedehnte Bestimmungen an 45 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 12 Jahren gemacht. Der normale Blutdruck entsprach einem Durchschnitt von 100 mm Hg, mit ziemlich geringem Einfluss des Alters. Der Apparat wird an blutleer zu machenden Fingern angelegt, und es ist darauf zu achten, dass die Hand nicht kalt sei, sondern etwa vorgewärmt werde. In 11 Fällen war der Druck rechts andauernd grösser als links, in 4 Fällen umgekehrt; bei denselben Kindern kamen in längeren Zeiträumen Schwankungen von 2—10 mm vor. Bei Anämie Steigerung des Druckes um 10—20 mm; bei acuter Endocarditis unternormaler Druck; bei acuter Nephritis ist die bei Erwachsenen regelmässige Druckerhöhung für Kinder weniger ausgesprochen; in einem Falle, wo Harn nicht zu erhalten war, erlaubte der sehr niedrige Druck die Diagnose zwischen postscarlatinöser Nephritis und Myocarditis zu entscheiden.

(Alb. med. Ann. 1900.) Spiegelberg-München.

— Ichthoform. Von S. Rabow und B. Galli-Valoid.

Ichthoform, eine Verbindung von Formaldehyd und Ichthyol (von der Hamburger Ichthyol-Gesellschaft dargestellt), ein schwarzbraunes, in Wasser unlösliches, amorphes, nahezu geruch- und geschmackloses Pulver haben Verff. beziehentlich des Einflusses auf die Entwickelung von Bakterien und Hyphomyceten geprüft. Aus den Tabellen ergiebt sich, dass das Mittel die Entwickelung der Mikroorganismen zu hemmen, sie nicht nur zu verzögern, sondern sie mit alleiniger Ausnahme von Aspergillus niger zu vermindern vermag. Es wirkt auch desodorirend. Fäcalmassen mit dem Pulver beschickt und der Brutwärme ausgesetzt zeigten nach einigen Tagen nur einen erträglichen, an Formalin erinnernden Geruch. Auf Tiere wirkt es nicht toxisch. Nach Bourget hat es sich bei verschiedenen Darmaffectionen in Dosen von 2—3 g als gutes Darmantisepticum ohne schädliche Nebenwirkungen erwiesen. Äusserlich zur Wundbehandlung angewendet liefert es nach Roschaz ausgezeichnete Resultate und ist im Stande, Jodoform zu ersetzen.

(Therap. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Diphtherie und Scharlach. Von Dietrich.

Beide Fälle sind Beispiele dafür, wie mannigfache Verschiedenheiten im Auftreten und Verlauf des Scharlachs vorkommen können. Im ersten begann die Krankheit mit einer Diphtherie. Erst nachdem sie vier volle Tage bestanden, ein Nachlassen der Beschwerden bereits sich bemerkbar gemacht hatte, der Belag auf den Tonsillen verschwunden war, erfolgte der Ausbruch eines im Verlauf und Symptomen typischen Scharlachexanthems. Im zweiten Falle trat die Diphtherie erst nach Ablaufs des Scharlachs ein. Fieber und Exanthem waren bereits geschwunden, die Abschuppung aber hatte noch nicht begonnen, als am 8. Tage nach dem Beginn der ersten Krankheitserscheinungen die Spuren einer Rachenerkrankung sich zeigten, welche zu einer Diphtherie sich ausbildete.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

— Ueber säureliebende Bacillen im Säuglingsstuhl. Von H. Finkelstein.

Vorläufige Mitteilung über constant im Säuglingsstuhl (bei Brust- wie bei Flaschenkindern) vorkommende, auf säurehaltigen Nährböden wachsende, nach Gram färbbare Mikroorganismen, deren Vermehrung Verf. beobachtet hat bei Krankheiten, welche sich auszeichnen durch Infektiosität, Hartnäckigkeit gegen diätetische Therapie und Vorwiegen schwerer nervöser Symptome. Tierpathogenität wurde bisher nicht gefunden.

(Dtsch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Hämorrhoidalknoten im frühesten Kindesalter. Von Burwinkel.

Bei einem einmonatlichen Kinde war der Stuhl schon seit einiger Zeit angehalten, fest, knollig. Das Kind magerte stark ab. Es fanden sich einige Hämorrhoidalknoten ausserhalb des Sphincter ani. Da diese durch die harten Scybala entstanden waren, so bestand die Therapie in Darreichung weniger als früher verdünnter Milch und in Massage entlang dem Dickdarm, wodurch bald Heilung erzielt wurde.

(Münch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Acid. boric. 2,0
Resorbin.*) ad 50,0
Mf. ungt.
Eczem, Rhagaden.

Rp.
Flor. sulfur. 5,0
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt.
Eczem. infant., Seborrhoea sicc., Acne.

Rp.
Bismuth. subnitr. 50,0
Hydrargyr. praec. alb. 2,5
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt
Eczem. capit. et fac. chronic. (kein Verband), Papul. (Lues) capit et fac.

Rp.
Zinc. oxydat. alb. 15,0
Resorbin 35,0
Mf. ungt
Eczem papulos.
Intertrigo.

Rp.
Hydrargyr. oxyd. flav. via humid. parat. 0,5—1,0
Resorbin. ad 50,0
Mf. ungt
Blepharit chronic.

Rp.
Europhen. 1,0
Resorbin 20,0
Mf. ungt
Balanit. Vulner.

(Ledermann.)

*) Resorbin ist eine neue Salbengrundlage und wird hergestellt aus reinstem Mandelöl, wenig Wachs durch Emulgiren mit Wasser unter Zuhilfenahme eines geringen Procentsatzes von zu diesem Zwecke geeigneten unschädlichen Bindemitteln (Leim- oder Seifenlösung).

Digitized by Google

Kleine Mitteilungen.

In der vorjähr. Versammlung des deutsch.- Vereins für öffentl. lichen Gesundheitspflege hielt Prof. Heim einen Vortrag über „Das Bedürfniss grösserer Sauberkeit im Kleinvertrieb von Nahrungsmitteln". Um die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf diese wichtige Frage zu lenken, wünscht der Ausschuss des gen. Vereins auf dem Wege des Preisausschreibens eine grössere Anzahl von Aufsätzen über diesen Gegenstand zu erhalten, die sich zur Aufnahme in die Tagespresse oder in deutsche Volksschullesebücher eignen. Die Aufsätze sollen kurz sein (2 bis 3 Druckseiten zu je 400 Worten), für Volksschullesebücher dem Fassungsvermögen von Schulkindern im Lebensalter von 9—14 Jahren angepasst sein und auf die verschiedenen Punkte des oben citierten Vortrags sich beziehen. Es sollen Preise von 50 bis 100 Mark für den einzelnen Aufsatz, im Gesamtbetrag von 2000 Mark, vergeben werden. Die von den Preisrichtern eines Preises würdig erkannten Aufsätze werden Eigentum des Vereins, der die preisgekrönten Aufsätze in Druck veröffentlichen und den Tagesblättern und Schullesebüchern kostenfrei zur Verfügung stellen wird. Die Aufsätze sind bis zum 1. Oktober 1900 an den ständigen Sekretär des Vereins, Geh. San.-Rat Dr. Spiess in Frankfurt a. M. kostenfrei einzusenden, von welchem Abdrücke des H.'schen Vortrags kostenfrei bezogen werden können. Der Name des Verfassers eines einzusendenden Aufsatzes ist in einem mit einem Kennwort versehenen verschlossenen Briefumschlage der mit dem gleichen Kennwort versehenen Handschrift beizufügen.

Die 25. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege wird vom 12. bis 15. September d. J. (unmittelbar vor der am 17. September beginnenden 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen) in Trier stattfinden. Folgende Verhandlungsgegenstände sind in Aussicht genommen: 1) Massregeln zur Bekämpfung der Pest. Ref. Prof. Gaffky (Giessen). 2) Wasserversorgung mittels Thalsperren in gesundheitlicher Beziehung. Ref. Prof. Intze (Aachen) und Prof. Fränkel (Halle). 3) Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit. Ref. Prof. Prausnitz (Graz). 4) Hygiene oder Fahrrad. Ref. Dr. Merkel (Nürnberg). 5) Die kleinen Wohnungen in Städten, ihre Beschaffung und Verbesserung. Ref. Oberbürgermeister Beck (Mannheim), Med.-Rat Dr. Reincke (Hamburg), Geh. Baurat Stübben (Köln).

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Juli 1900.** **Heft 7.**

Inhalt: Originalien: **Sonnenberger,** Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden: Sonnenberger, Aetiologie der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter — Müller, Entstehung der Lungenentzündung — Bornstein, Hebung des Eiweissbestandes im Organismus — Poehl, Organotherapeutisches Mittel bei Autointoxikationen — Strauss, Funktion des Magens — Lenné, Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät — Gumprecht, Ein neuer Bestandteil der Spinalflüssigkeit — Weintraud, Ueber den Abbau des Nucleïns — Schwarz, Acetonausscheidung — Kreus, Züchtung des Typhusbacillus — Bickel, Krampferregende Wirkung der Galle — Michaëlis, Sauerstofftherapie — Wassermann, Serumtherapie, 145. — Referate: **Netter,** Sammelreferat aus dem Gebiete der Otiatrie, 150. — **Kiralyi,** Balneo- und Hydrotherapie, 155. — **Sargnon,** Intubation und Tracheotomie, 155. — **Weinberger,** Skoliose, 158. — **Pfeffenberger,** Epicarin, 158. — **Wickel,** Friedreich'scher Krankheit, 159. — **Ferrien,** Gastroenteritis, 160. — **Nové-Josserand** und **Brisson,** Hochstand des Schulterblattes, 161. — **Halle,** Gostastis gonorrhoica, 162. — **Weill** und **Lessieur,** Kindertyphus, 162. — Gesundheitspflege: 1. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspflege, 163. — Rezensionen: **Seyler,** Kinderhygiene vom medicinisch-pädagogischem Standpunkte aus, 164. — **Sternfeld,** Ueber die sog. frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren, 165. — **Schönenberger,** Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Vorschriften, II. Aufl., 166. — **Blencke,** Ueber orthopädische Apparate, 166. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 167. — Rezeptformeln für die Kinder-Praxis, 167. — Kleine Mitteilungen, 169.

Originalbericht über den XVIII. Kongress für innere Medicin zu Wiesbaden

(18.—21. April 1900).

Von Dr. **Sonnenberger.**

(Schluss.)

Sonnenberger (Worms): Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter, insbesondere der Cholera nostras. Die schweren, insbesondere akuten Verdauungsstörungen im Säuglingsalter sind als Intoxikationen aufzufassen, die bald bakterieller Herkunft sind, in vielen Fällen aber rein chemische Intoxikationen darstellen. Gerade im Säuglingsalter sind die Verdauungsorgane und deren Funktionen sehr geeignet dazu, das Zustandekommen der Vergiftungen zu begünstigen. In einem gewissen Gegensatz zu den bakteriellen Intoxikationen stehen die von S. zuerst geschilderten rein chemischen I., die sog. Milchintoxikationen, die oft unter dem Bilde schwerer akuter Verdauungsstörungen bei künstlich ernährten Säuglingen verlaufen und besonders auf 2 Thatsachen basirt sind, nämlich

Digitized by Google

1) dass die Milch nicht allein ein Sekretions- sondern auch ein Exkretionsprodukt der Milchdrüsen ist und daher Gifte, die von einem Individuum aufgenommen werden, auch durch die Milch wieder ausgeschieden werden können; 2) dass in einer grossen Zahl gangbarer Futtermittel und Fütterungsweisen pflanzliche Alkaloide, Glykoside und ähnliche mehr oder minder giftige Stoffe vorhanden sind, die um so leichter in die Milch übergehen, als die Herbivoren Gifte in ungleich grösserer Menge vertragen können unbeschadet ihrer Gesundheit als die Carnivoren, insbesondere zur Zeit der Milchsekretion, da zu dieser ein grosser Theil der Gifte mit der Milch wieder ausgeschieden wird. S. geht dann des Näheren auf das klinische Bild der Milchintoxikationen ein (Magen- und Darmkatarrhe, Brechdurchfall, spezifische Symptome der betreff. Intoxikationen), um dann die prophylaktischen Massregeln bezügl. der Fernhaltung derartiger Vergiftungen aufzuführen. Dieselben beziehen sich auf die Fütterung, welche vor Augen haben muss: Fernhaltung aller Gifte und ihrer Producenten, ein Princip, das überhaupt bei der Erzeugung von Kindermilch massgebend sein muss. Nachträgliche Vernichtung der Alkaloide und anderer Gifte in der Milch durch Sterilisiren ist in den meisten Fällen nicht möglich, weil die meisten Gifte gegen hohe Hitzegrade sehr widerstandsfähig sind. Die Therapie der chemischen Milchintoxikationen stimmt im Grossen Ganzen überein mit derjenigen der bakteriellen Intoxikationen und geht in beiden Fällen im Allgemeinen darauf aus, durch Massregeln der verschiedensten Art, die uns hier zu Gebote stehen, die eingedrungenen Gifte zu entfernen, eventl. zu verdünnen oder zu binden. Daneben spielt eine grosse Rolle die diätetische Behandlung (Entziehung der Milch auf längere Zeit und Verabreichung von Ersatzmitteln derselben); symptomatische Behandlung der einzelnen Symptome (der Wasserverarmung des Organismus, des Kollapses, der Konvulsionen etc.). — Müller (Leipzig): Zur Entstehung der Lungenentzündungen. M. stellte sich bei seinen Untersuchungen die Aufgabe, die Frage zu entscheiden, auf welchem Wege die Bakterienausbreitung bei der croupösen Pneumonie stattfindet. Bezüglich der Vaguspneumonien fand er, dass die Bakterienverbreitung durch die Septumsaftspalten stattfindet, von da übergehend auf die Lymphgefässe. Dieselben Verhältnisse wurden bei menschlichen Aspirations- und croupösen Pneumonien wiedergefunden. Bei beginnenden Pn. fanden sich Bakterien in den Alveolarsepten an der Stelle des Fortschreitens und sehr frühzeitiger Uebergang der Bakterien in die Lymphgefässe. Der Seitenschmerz, welcher vor Eintritt der Hepatisation seinen Höhepunkt erreicht, erklärt sich aus einer Lymphangitis der Pleuralymphgefässe. — Bornstein (Bad Landeck): Ueber die Methoden zur Hebung des Eiweissbestandes im Organismus. Alle Ernährungsmethoden, die den Zweck haben, bei krankhaften Zuständen der verschiedensten Art den Kräftezustand des Organismus zu bessern, laufen schliesslich darauf hinaus, den Eiweissbestand des Körpers, von dessen Quantität und Qualität sein Wohl und Wehe abhängt, zu heben. Zur Hebung des Eiweissbestandes giebt es verschiedene Methoden: einmal kann durch allgemeine Uebernährung, bei der Eiweiss, Fett und Kohlehydrate angewandt werden und die schliesslich in der Weir-

Digitized by Google

nitchell'schen Mastkur ihren krassesten Ausdruck findet, ausser einer grossen Fettanhäufung auch Eiweissmast stattfinden; sodann kann man durch einseitige Ueberernährung mit „Eiweisssparern", Fett und Kohlehydraten, eine Verbrennung von Eiweiss möglichst hintanhalten und dadurch direkten Eiweissansatz erzielen. B. wendet sich speciell gegen die forcierte Ueberernährung. Auf Grund von Experimenten und klinischen Erfahrungen tritt er entschieden dafür ein, zur Hebung des Eiweissbestandes in quantitativer und qualitativer Beziehung der täglichen gewohnten Nahrung grössere Mengen — 30—50 gr — Reineiweiss, speciell Caseineiweiss in Form irgend eines der Milcheiweisspräparate (Nutrose, Plasmon, Sanatogen, Riegel's Milcheiweiss) beizufügen. Mit dieser Methode der einseitigen Ueberernährung, speciell mit Milcheiweiss, kann in angenehmster, leichtester und nutzenbringender Form die gewünschte Hebung des Eiweissbestandes, also eine Eiweissmast erreicht werden. Ihre Resultate sind dauernd und besser, ihre Anwendung für Arzt und Patienten einfacher und bequemer als die W.-M.'sche Kur. — Poehl (St. Petersburg): Die organotherapeutischen Mittel bei Autointoxikationen. Die Organotherapie hat den Zweck, diejenigen Substanzen dem Organismus einzuverleiben, welche derselbe zum Selbstschutze gegen die Autointoxikationen in Anwendung bringt. Die hierbei in Betracht kommenden Autointoxikationen sind diejenigen, welche durch Herabsetzung der Gewebsathmung bedingt werden. Die Gewebsathmung hat die Aufgabe der theilweisen Entgiftung und Entfernung der Stoffwechselprodukte auf dem Wege der Oxydation, sowie der Regulirung der osmotischen Spannungsverhältnisse in den Körpersäften. Bei herabgesetzter Gewebsathmung werden die giftigen Stoffwechselprodukte zurückgehalten und rufen die mannigfachsten Vergiftungserscheinungen hervor; die in den Geweben zurückgebliebenen indifferenten Stoffwechselprodukte veranlassen als Fremdkörper Störungen in den Geweben, die sehr mannigfaltig sind je nach dem Charakter des alterirten Gewebes. Die Gewebsathmung wird zum Theil durch ein Ferment, das Spermin, bedingt, welches nur in alkalischem Medium wirksam ist, dagegen in saurem Medium inaktiv wird. Bei Reizungen der Gewebe tritt unter Umständen eine so beträchtliche Mischsäurebildung ein, dass das Spermin inaktivirt und die Oxydationsprozesse herabgesetzt werden. Dieses sind die Momente, welche die Autointoxikationen einleiten. Das Spermin, welches in allen Drüsen und im normalen Blute enthalten ist, stellt eins der wenigen isolirten Bestandtheile der organotherapeutischen Mittel dar und wirkt bei seiner therapeutischen Verwendung als Ferment der Gewebsathmung direkt auf die Ursache der Autointoxikation ein. Die Mannigfaltigkeit der therapeutischen Effekte des Spermin-Pöhl findet ihre Erklärung in der Mannigfaltigkeit der durch herabgesetzte Gewebsathmung bedingten Autointoxikationserscheinungen. Auch wirkt es bei verschiedenen Circulationsstörungen der Körpersäfte und bei verschiedenen Nervenleiden günstig, ebenso hat es allgemein tonisirende Wirkung. Ebenso hat P. in die Praxis Organopräparate (Thyreoidinum-Pöhl, Ovarinum-Pöhl etc.), eingeführt, die frei von fällbarem Eiweiss, mithin auch von entsprechenden Toxalbuminen, sind und sämtliche organische Basen (Xanthin, Kreatinbasen etc.) der Drüsenorgane in Form von

Digitized by Google

Na Cl Verbindungen enthalten, welche die specifische Wirkung seiner organotherapeutischen Präparate erklären, in den allgemein gebräuchlichen organother. Mitteln aber nicht enthalten sind. — H. Strauss (Berlin): Zur Funktion des Magens. St. hat mit der Methode der Gefrierpunktserniedrigung die Verhältnisse des osmotischen Druckes im menschlichen Magen studirt. Es ergab sich, dass der Magen die konstante und selbständige Funktion der Regulirung des osmotischen Druckes besitzt. Die Bedeutung der Regulirung des osmotischen Druckes liegt darin, dass lokale Schädigungen des Darmes und eine rasche Steigerung des osmotischen Druckes des Blutes verhütet werden. Letztere wird jedoch nicht stets verhütet, denn es kann im Experimente im Blute und auch in der Milch bei Thieren und auch im geringeren Grade bei Menschen eine Steigerung des osmotischen Druckes des Blutes durch eine übergrosse Salzzufuhr erzwungen werden. Vortr. glaubt, dass seine Beobachtungen auch für das praktische Handeln Beachtung verdienen. So ist bei Niereninsufficienz für die Nahrungszufuhr zu beachten, dass der Ausgleich der osmotischen Spannung des Blutes langsamer vor sich geht als in der Norm; bei motorischer Insufficienz des Magens verspricht eine Trockendiät nur im Rahmen gewisser Grenzen Erfolg; Zuckerlösungen von hoher Concentration, die St. schon früher für die Behandlung der Hyperacidität des Magens empfohlen hat, wirken durch ihren Einfluss auf die zur Verdünnung des Mageninhaltes führenden Wasserströmungen im Magen, und auch für die Beziehungen gewisser Mineralwässer zu den Magenfunktionen verdienen diese Untersuchungen ein besonderes Interesse. Als wesentlichstes Ergebniss seiner Untersuchungen sieht Vortr. die Thatsache an, dass durch sie eine durchaus selbständige, bisher nur wenig beachtete Funktion des Magens in helles Licht gesetzt worden ist. Der Magen erscheint immer mehr als eine Schutz- und Sicherungsvorrichtung für den Darm und die Körpersäfte. — Lenné (Neuenahr): Die Eiweisszufuhr in der Diabetikerdiät. Wie die Nahrungszufuhr im Allgemeinen, so ist namentlich auch das Nhaltige Nährmaterial dem Diabetiker im Verhältniss zu seinem Körpergewichte zuzumessen. Diese Menge der Eiweisszufuhr darf nicht höher gegriffen werden, als einer Harnstoffausscheidung von 0,37 pr. Klgr. Körpergewicht pr. 2—4 Std. bei dem betreff. Individuum entspricht. Je höher der Eiweissbedarf des diabetischen Organismus ist und je schwieriger es gelingt, den Eiweissumsatz auf diese Grenze herabzudrücken, desto schwerer sind die krankhaften Veränderungen des diabetischen Organismus und umgekehrt. — Gumprecht (Jena): Ein neuer Bestandtheil der normalen Spinalflüssigkeit. Der neue Körper ist Cholin, ein Zerfallsprodukt des Lecithins. Es ist auch im Gehirn und in den Nerven vorhanden. Der Abbau des Lecithins ist somit ein Ausdruck für den physiologischen Stoffwechsel der Nervensubstanz. In der Spinalflüssigkeit lassen sich auch Produkte des Eiweissstoffwechsels nachweisen; nach alledem liegt die Vermuthung nahe, dass der Subarachnoidealraum einen grossen Drainageraum darstellt, der zur raschen Abführung der Stoffwechselprodukte des Nervensystems dient. — Weintraud (Wiesbaden): Ueber den Abbau des Nucleïns im Stoffwechsel.

Digitized by Google

Hippur- und Harnsäurebildung sind nach W. zwei von einander völlig verschiedene Prozesse. Ein Theil der ausgeschiedenen Harnsäure bildet sich aus dem Nucleïn der Nahrung. Eine Therapie der Gicht und harnsauren Diathese, die sich auf die Annahme stützt, dass die Hippursäure bildenden Mittel die Harnsäure vermindern, ist wenig aussichtsvoll. — L. Schwarz (Prag): Ueber Acetonausscheidung. Eine Ausscheidnng des Acetons erfolgt ausser durch die Nieren auch durch die Lungen. Bei leichtem Diabetes wird 70% Aceton durch die Lunge ausgeschieden, bei schwerem nur 34%, doch werden in letzterem Falle noch acetonverwandte Körper durch den Urin eliminirt. Kohlehydrate beschränken die Acetonausscheidung, während dieselbe vom Eiweisszerfall unabhängig ist. Beim Diabetiker ist die Hauptquelle des Acetons wahrscheinlich im Fett zu suchen. — Kraus (Prag): Ueber Züchtung des Typhusbacillus aus dem Stuhle. Alle bisherigen Kulturverfahren hält K. für die Diagnosenstellung bei Typhus für unzureichend, da das Wachsthum des Typhusbacillus nicht so charakteristisch sei, um ihn darnach von anderen leicht unterscheiden zu können. Seine neue Züchtungsmethode beruht auf der Thatsache, dass der Typhusbacillus auf zuckerhaltigem Nährboden Gas bildet, zum Unterschiede von dem kein Gas bildenden Bact. col. — Bickel (Berlin): Ueber die krampferregende Wirkung der Galle und der gallensauren Salze. B. demonstriert Kaninchen, bei denen durch direkte Auftragung geringer Mengen gallensaurer Salze auf die Hirnrinde resp. durch Einspritzung derartiger Salzlösungen in die Cerebrospinalflüssigkeit ein eigenthümliches Krankheitsbild experimentell erzeugt wurde, das durch mannigfaltige Symptome seitens des Centralnervensystems wie anfallsweise auftretende tonische und klonische Krämpfe, Zwangsbewegungen, maniakalische Anfälle charakterisiert ist. — Max Michaëlis (Berlin): Ueber Sauerstofftherapie. M. hat in den beiden letzten Jahren in der Leyden'schen Klinik an ca. 150 Kranken die Sauerstofftherapie ausgeübt. Diese schon ziemlich alte Therapie — schon 1774 wurde sie in Deutschland ausgeübt und von A. v. Humboldt zu Bergwerksarbeiten benutzt — wurde später verlassen, da sich durch unreinen Sauerstoff öfters Vergiftungserscheinungen einstellten. Jetzt, da es gelungen ist, reinen S. herzustellen, werden keine Nebenerscheinungen mehr beobachtet. M. pumpt unter Zuhilfenahme einer Celluloidmaske S. durch die Nase. Bei dyspnoischen Zuständen infolge Lungen- oder Herzkrankheit, bei Vergiftungen zeigt sich darnach ein subjektives Wohlbefinden, welches dadurch zu Stande kommt, dass der Organismus mehr S. erhält, als ihm die Atmosphäre zu geben vermag. Bei einer Morphiumvergiftung erzielte M. durch Einpressen von S. eine lebhaftere Athmung, bei einer hochgradigen Cyanose, bei der eine intensive Blaufärbung des Gesichtes und der Nägel bestand, erreichte er sogar Heilung. Als specifisches Heilmittel sei die S.-Zufuhr bei Kohlenoxyd- und Morphiumvergiftung zu betrachten. — Wassermann (Berlin): Ueber neue Versuche auf dem Gebiete der Serumtherapie. Nach der Entdeckung des Behring'schen Diphtherieheilserums war die Wissenschaft eifrig thätig, bei anderen Infektionskrankheiten durch Serum Heilung zu erzielen, aber vergebens. Nun hatte Ehrlich u. A. nach-

Digitized by Google

gewiesen, dass zum Heilserum 2 Substanzen nothwendig seien, die eine im Serum immunisirter Thiere enthaltene und eine zweite im normalen Organismus vorkommende. W. gelang es nun, nachzuweisen, dass bei den bisherigen Heilversuchen bisher nur immer die eine im Immunserum enthaltene Substanz dem erkrankten Organismus zugeführt, während die zweite bisher vernachlässigt wurde. Er hat Thieren, die stark mit Typhusbacillen inficirt worden waren, nicht allein wie bisher Immunserum, sondern auch gleichzeitig normales Blutserum eingespritzt. Die Heilerfolge wurden von da ab besser. Während die mit dem Infektionsserum allein behandelten Thiere der Typhusinfektion erlagen, wurden die nach der neuen W.'schen Methode behandelten alle gerettet. Die W.'schen Versuche eröffnen für die Heilung des Typhus, der Pest, der Cholera neue Aussichten (W.'s Angaben wurden in der Diskussion von Ehrlich (Frankfurt) voll bestätigt). — Von sonstigen Vorträgen seien hier nur noch als für die Prädiatrie weniger Interesse bietend erwähnt: Hildebrandt (Berlin): Ueber eine Synthese im Thierkörper; Löwit (Insbruck): Weitere Untersuchungen über die Parasiten der Leukämie; Türk (Wien): Ueber die Hämamoben Löwits im Blut Leukämischer; Smith (Marbach): Ueber einige neuere Methoden zur Bestimmung der Herzgrenzen; Queirolo (Pisa): Die Magengrenzen und ihre Veränderungen sowie ein neues Verfahren, dieselben zu bestimmen; Agéron (Hamburg): Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zum chronischen Magengeschwür; Minkowski (Strassburg): Ueber eine eigenthümliche hereditäre Form von Splenomegalie mit chronischem Icterus; Pick (Prag): Ueber eine eigenartige Lähmungserscheinung bei Hysterie; Riedl (Wien): Ueber den Phloridzindiabetes.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Otiatrie. Von Dr. Hermann Netter (Pforzheim).

Fruitnight J. Henry. Die Otitis der Exantheme vom Standpunkte des Paediaters und practischen Arztes. (Med. News 1899. II. p. 11.)

Unter fast 5000 Fällen von Exanthemen, besonders Scharlach und Masern, begegnete Fr. der Otitis media als der häufigsten Complication. Von diesen Patienten war gut ein Drittel das Opfer dieser besonderen Complication. Die Häufigkeit des Auftretens der Otitis media stand in keinem direkten Verhältnis zur Schwere der Allgemeininfection, da diese Complication sehr häufig in Fällen sehr milder

Digitized by Google

Natur beobachtet worden war. Fr. betont die Wichtigkeit der jedesmaligen Untersuchung der Ohren des Patienten bei eruptivem Fieber und behauptet, dass er einen Anfall oft abgekürzt oder seine Schwere wenigstens gemildert und das Gehör des Patienten dadurch erhalten hat, dass er diese Complication sofort bei ihrem ersten Auftreten behandelt hat.

Blakely D. N.: Akute Mittelohrenentzündung als Complication von Scharlach und Masern. (Arch. of pediatrics. 1899. Juli.)

Nach der Statistik von Bl. hatten 22% der Scharlach- und 45% der Masernpatienten Ohrcomplicationen. Von 649 Patienten hatten 86 akute Mittelohrentzündung. Seine Schlüsse lauten wie folgt: 1) Akute Mittelohrenentzündung tritt etwas öfter bei Masern als bei Scharlach auf. 2) Obwohl bei Scharlach eine häufige Complication bei Kindern ist, ist sie bei Erwachsenen seltener. 3) Obgleich sie bei Masern bei Kindern häufiger ist als bei Erwachsenen, ist sie bei den letzteren keineswegs ungewöhnlich. 4) Die Mittelohrentzündung kann zu irgend einer Zeit im Verlauf der Erkrankung beginnen. 5) Man trifft dabei alle Grade der Heftigkeit. 6) Frühzeitige Behandlung dient dazu, den Verlauf des entzündeten Prozesses abzukürzen. 7) Was die Gefahr für das Leben betrifft, so ist sie keine ernste Complication.

Tansley T. O.: Sollen wir bei akuter Mittelohr- und Mastoidentzündungen Kälte anwenden? Und wie lange? (The Laryngoscope. Nov. 1899.)

T. erörtert die Frage im Allgemeinen und im Anschluss an einen speciellen Fall. Er kommt zu dem Schluss, dass die Anwendung der Kälte bei Mastoiditis mehr schadet als nützt. Dieselbe wirkt schmerzstillend, lässt die äussere Schwellung zurücktreten und markiert so den Prozess im Warzenfortsatz und Antrum. Verf. empfiehlt frühzeitige Operation, besonders wenn die Mittelohraffection den Atticus mitergriffen hat.

Lucae: 5 Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebrospinalis ohne Hirnerscheinungen. (Berliner Kl. W. 1899.)

17jähriger Patient, der trotz voraufgegangener Trepanation des Warzenfortsatzes wegen fortdauernder Ohreiterung von neuem operiert wird. Nach Freilegung des Warzenfortsatzes findet man am hinteren oberen Umfang desselben einen 10Pfennigstück grossen Knochendefect, in welchem die Dura freiliegt; letztere bedeckt von einem Sequester, in der Grösse von 1 qcm. Nach Entfernung des Sequester zeigt sich in Dura und Arachnoidea ebenfalls eine Oeffnung, aus der unter gleichzeitiger Blutung Liquor cerebrospinalis massenhaft abfloss, so dass jedes weitere operative Vorgehen aufgegeben werden musste. In den ersten Tagen war der Ausfluss so reichlich, dass der Verband täglich erneuert werden musste. Während dieser ganzen Zeit keine Hirnerscheinungen. L. hält für die Ursache des reichlichen Ergusses von Gehirnflüssigkeit eine Ueberproduction desselben, veranlasst durch die von dem Sequester ausgeübten Reiz.

Gradenigo: Ueber die Diagnose und Heilbarkeit der otitischen Leptomeningitis. (Arch. f. Ohrenh., Bd. 46.)

13jähriger Knabe mit akuter linksseitiger Mittelohreiterung, seit

Digitized by Google

2 Wochen bestehend, begleitet von hohem Fieber und meningitischen Erscheinungen. Im Warzenfortsatz nichts pathologisches. Durch die Paracentese wird viel Eiter entleert. Keine Besserung. Lumbalpunction. In der trüben Cerebrospinalflüssigkeit Leukocyten und virulente Staphylokokken. Allmähliche Heilung.

Gortam Bacon: Ueber die Bedeutung von Operationen im ersten Stadium der Thrombose des Sinus sigmoideus (nach akuter eitriger Otitis media) mit Bericht über 3 Fälle. (New-York med. Journ. 1899 1. Juli.)

Der erste Fall betr. einen 7jähr. Knaben, der infolge von Erkältung und Tonsillitis an Ohrenschmerzen litt und dessen Ohrentzündung sich trotz energischer antiphlogistischer Behandlung auf die Warzenfortsatzzellen und den Sinus sigmoideus ausgedehnt hatte. Der Sinus wurde gerade eine Woche nach dem Beginn der Ohrenschmerzen eröffnet und ein weicher Thrombus daraus entfernt. Im zweiten Fall verstrichen 10 Tage zwischen dem ersten Symptom der Ohrenschmerzen und der Operation am Sinus sigmoideus, während im dritten Fall 11 Tage nach dem Beginn des Anfalles ein zerfallener Thrombus entfernt wurde. Daraus würde sich ergeben, dass in 11 Tagen sich bereits Eiter im Sinus gebildet haben kann. B. gelangt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Verabreichung von Antipyreticis ist bei keinem Falle von eitriger Otitis media angebracht. 2) Die bacteriologische Untersuchung des Secrets des äusseren Gehörgangs ist in allen Fällen von eitriger Otitis media von Wert. 3) Nach Feststellung der Diagnose einer Thrombose muss in einem möglichst frühen Stadium operiert werden. 4) Normale Salzlösungen sind während der Operation bei Sinusthrombose oder unmittelbar darauf anzuwenden.

Schöngut: Ein operativ geheilter Fall von Stirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. (Wien. med. W. 1899. p. 1534.)

15jähriges Mädchen mit doppelseitiger Otitis media acuta. Am 5. Tage des Bestehens Paracentese des Trommelfells. Trotzdem dauern die seit dem 3. Krankheitstage bestehenden Schüttelfröste weiter. Am 8. Tage klagt das Mädchen über Schmerzen des ganzen Kopfes, besonders des Hinterkopfes, ferner über solche von grosser Heftigkeit in Nacken und Halsgegend beiderseits. Die ophthalmoskopische Untersuchung zeigt die Netzhautvenen der rechten Seite dicker und stärker gefüllt als linkerseits, die papilla nervi optici rechterseits intensivere Rötung aufweisend. Da die rechte jugularis strangartig bis zum Schlüsselbein tastbar erschien, wurde die Diagnose auf Sinusthrombose gestellt. Am 9. Tage Aufmeisselung des Antrum und Freilegung des Sinus transversus in typischer Weise und Eröffnung des Sinus durch ausgiebigen Längsschnitt. Aus der Schnittwunde des Sinus kamen kaum einige Tropfen dunkelgefärbten Blutes. Beim Sondieren erwies sich der Sinus sowohl in centraler wie auch in peripherer Richtung thrombosiert. Nach Einlegen eines Jodoformgazestreifens gewöhnlicher Verband. Nach der Operation kein Schüttelfrost mehr, 4 Wochen später Heilung.

Young, A.: Bemerkungen über die operative Behandlung otitischer Sinusthrombose. Bericht über einen erfolgreich behandelten Fall. (The Glasgow med. Journ. 1899. Oktober, p. 256.)

Digitized by Google

Es handelt sich um ein $2^1/_2$ jähriges Kind. Der Sinus, der dort, wo er sich nach unten und innen gegen Fossa und Bulbus jugularis wendet, thrombosiert war, wurde in einer Ausdehnung von ca. $^3/_4$ Zoll eröffnet, foetide, dunkelgraue, teilweise zerfallene Thrombusmasse entfernt. Jodoformgazestreifen. Keine Unterbindung der Jugularis. Heilung.

Schraga: Sinusphlebitis ex Otitide chronica. Operation, Heilung. (Monatschr. f. Ohrenh. 1899. p. 440.)

15jähriger Knabe. Bei der Operation kam man auf den von Eiter umspülten Sinus. Die Eröffnung desselben geschah 3 Tage später, als sich deutliche Pyämie eingestellt hatte. Unterbindung der Jugularis. Im Sinus weiche, braunrote Thrombusmassen. Im weiteren Verlauf mussten mehrere pyämische Abscesse gespalten werden. Schliessliche Heilung.

Lewis: Kurze Krankengeschichte von 5 Fällen von Mastoiditis. (New-York med. Rec. 28. XI. 1899.)

L. berichtet über diese Fälle, um zu zeigen, wie schnell und unaufhaltsam sich häufig bei akuter Mittelohrentzündung ernste Complicationen entwickeln und ferner, um einleuchtend zu machen, wie ungefährlich die Mastoidoperation an und für sich ist. Von den mitgeteilten Fällen erwähnen wir folgende:

9jähriger Knabe bekam Mittelohreiterung post scarlatinam und Nasendiphtherie. Das rechte Ohr wurde zuerst ergriffen. Trotz Paracentese des vorgewölbten Trommelfells und Ausspülung mit Sublimat 1 : 6000 in 2 Tagen ausgesprochene Mastoiditis. Die Zellen des Warzenfortsatzes erwiesen sich bei der daraufhin vorgenommenen Operation als mit Eiter gefüllt. Wenige Tage später vereiterten die Halsdrüsen derselben Seite. Ausgiebige Incision und Entfernung nekrotischen Gewebes. Dann erkrankte das linke Ohr ebenfalls mit Beteiligung des Warzenfortsatzes, der eröffnet wurde. Das Allgemeinbefinden des Pat. war schlecht, besserte sich jedoch nach jeder Operation. 3 Tage nach der letzten Mastoidoperation wurde Endo- und Pericarditis entdeckt mit Aortenstenose und Mitralinsufficienz. Die Ohren heilten, doch erlag der Pat. später einer Herzaffection. Der zweite Patient acquirierte acute Otitis media zwei Wochen nach einer Attaque von Tonsillitis. Ohne erkennbare Ursache trat 2 Tage später ein Zustand deutlicher und bedrohlicher Prostration ein. Das Trommelfell war gerötet und vorgewölbt. Aus einer Perforation im hinteren oberen Quadranten kommt Eiter. Ueber dem proc. mastoideus weder Schwellung noch Rötung noch Druckempfindlichkeit. Temperatur 39,5° C., Puls leicht unterdrückbar, aussetzend, 120 p. Min. Der Warzenfortsatz wurde eröffnet und eine grosse, cariöse, mit Eiter gefüllte Höhle gefunden. Sinus sigmoideus freiliegend, mit Granulationen bedeckt. Im Tegmen tympani eine fistulöse Oeffnung, doch erschien die darüber liegende Dura gesund. Bald nach dieser Operation trat eine Phlebitis im linken Bein und eine Perihepatitis auf, durch welche die Genesung aufgehalten wurde. Das Ohr kam schliesslich zur Heilung.

Cima F.: Säurebeständiger Bacillus (Smegmabacillus) im Esxudat der Säuglingsotitis. (Arch. ital. di Otol. Bd. IX. S. 72.)

Auf Grund von 8 Beobachtungen berichtet C., dass man bisweilen im Secret der chronisch-eitrigen Otitis einen säurefesten Bacillus

Digitized by Google

finden kann, welcher dem Tuberkelbacillus ähnlich ist, aber sich unter die Smegmabacillen classificieren lässt. Der Tuberkelbacillus ist im Mittelohreiter nicht so häufig, als man nach einigen Beobachtungen annehmen könnte. Eine sichere Methode für Entfärbung nach der Behandlung mit Carbolfuchsin ist angesäuerter absoluter Alkohol, 10 Minuten einwirkend.

von zur Mühlen: Ein Fall von Labyrinthnekrose. (St. Petersburger med. W. 1899. Nr. 13.)

$2^1/_2$ jähriges, schlecht genährtes anaemisches Mädchen, seit einem Jahr an einer scarlatinösen Mittelohreiterung leidend. Der rechte Gehörgang mit Granulationspolypen ausgefüllt. Facialislähmung. Bei der daraufhin vorgenommenen Radikaloperation erscheint der Processus mastoideus äusserlich vollkommen normal, antrum, aditus ad antrum und Mittelohr jedoch ganz mit Granulationen ausgefüllt. Die Gehörknöchelchen sind nicht zu finden. Entfernung alles Krankhaften. Keine regelmässige Nachbehandlung. 4 Monate später zeigt sich hinter dem Ohr eine kleine Fistel, die Haut der Warzengegend in 29 cm Ausdehnung gangränös. Aeusserst foetide Secretion, auf dem Promontorium stark wuchernde Granulationen, darunter eine weisse Knochenfläche, die sich rauh anfühlt. Nach Ablösung der Ohrmuschel wird mit dem scharfen Löffel ein mächtiges Knochenstück und ein ganzer Bogengang entfernt. An dem entfernten Stück lassen sich alle Schneckenwindungen und der Vorhof erkennen, ebenso der meatus auditorius internus. Heilung mit reverdinschen Transplantationen.

Körner: Ueber intracranielle Complicationen bei Ohreiterungen. (Münch. med. W. 1899.)

K. erläutert an 3 erfolgreich operierten Fällen wie solche Erkrankungen auch dann aufgefunden und beseitigt werden können, wenn eine exacte Lokaldiagnose noch nicht gestattet werden kann. Man hat dann nach den neuerdings auch von v. Bergmann anerkannten Vorschlage K's zunächst die ursächliche Eiterung im Schläfenbein aufzudecken und den Weg zu verfolgen, den der Eiter in das Schädelinnere genommen hat. Der eine der drei Fälle betrifft ein 8jähriges Mädchen mit operierter Sinusphlebitis. Das Kind stand in der vierten Woche des Scharlach, schuppte stark, hatte Nephritis und beiderseitige, mit weit vorgeschrittener Vereiterung des linken Warzenfortsatzes verbundene Mittelohreiterung. Bei der sogleich vorgenommenen Eröffnung des Warzenfortsatzes fand man den Knochen bis zum Sinus transversus erkrankt. Nach der Operation liess das stark intermittierende Fieber nicht nach. Es wurde deshalb 3 Tage später der Sinus weiter aufgedeckt und stark verfärbt und thrombosiert gefunden. Bei der Incision entleerte sich neben dem Thrombus Eiter aus dem Sinus. Die völlige Ausräumung des Thrombus wurde durch eine starke Blutung von hintenher, die eine feste Tamponade nötig machte, verhindert. Um Verschleppung von Theilen des noch zurückgebliebenen Thrombus zu verhüten, wurde die Jugularis interna nach Exstirpation dreier über ihr liegender Halslymphdrüsen aufgesucht, doppelt unterbunden und zwischen den Ligaturen durchgeschnitten. Die vernähte Halswunde heilte per primam und nach 5 Tagen waren die Temperaturen normal. Auch die Nephritis heilte. Es musste jedoch nach

Digitized by Google

einiger Zeit auch der rechte Warzenfortsatz operiert und eine ausgedehnte Nekrose der linken Schläfenbeinschuppe beseitigt werden.

Am Schluss seines Vortrages betont K., dass trotz der erfreulichen operativen Erfolge bei intracraniellen otitischen Eiterungen doch noch viele Kranke der Hirneiterung erliegen. Von den bisher glücklich eröffneten otitischen Hirnabscessen z. B. ist nur die Hälfte geheilt worden. Es ist demnach immer noch der grösste Wert auf die Prophylaxe zu legen. Diese besteht in der sachgemässen und rechtzeitigen Behandlung der Ohreiterungen.

Ueber Balneo- und Hydrotherapie im Kindesalter von Kiralyi. (Nach einem Vortrage a. d. zehnten ungarischen Balneologen-Kongress. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 27, 1900).

K. betont die Schwierigkeit, gerade im Kindesalter allgemeine Prinzipien festzustellen, wo doch die Individualisierung als therapeutische Richtschnur wichtiger ist als sonst. Zur Beurteilung sämtlicher Behandlungsmethoden glaubt er drei allgemeine charakteristische Eigenschaften des Kindesorganismus berücksichtigen zu müssen:

1) dass die Körperfläche im Verhältnisse zum Körperraum grösser ist;

2) dass das Nervensystem leichter erregbar ist, daher die Reflexe vom Centrum aus besser beeinflusst werden können und

3) dass der Stoffwechsel gesteigert ist.

Eine spezielle Bedeutung besitzt im Kindesalter das Wasser als symptomatischer Heilfactor in solchen Fällen, wo auf wichtige Lebensfunctionen, so besonders auf die Circulations- und Nervencentren ein Einfluss geübt werden soll, oder bei den antipyretischen Verfahren. Besonders als antipyretisches Mittel entspricht es jenem Erfordernisse, dass es bei möglichster Schonung des Herzens- und Nervensystems die Temperatur in der Weise herabsetzt, dass dabei der Stoffwechsel gesteigert wird und es damit eine antitoxische Wirkung entfaltet. Da der kindliche Organismus gegen die hydropathischen Verfahren grosse reaktive Fähigkeit zeigt, sind sehr kräftige Reizeinwirkungen zu vermeiden und strengste Individualisierung erforderlich. Bei der methodischen Anwendung der hydrotherapeuthischen Verfahren kommt es hauptsächlich auf Beeinflussung des Stoffwechsels an. — In der Diskussion hebt v. Kuthy hervor, dass in solchen Fällen wo die methodische Hydrotherapie nicht durchführbar ist, die Leibumschläge den Erfordernissen vollkommen entsprechen; dieselben haben sich hauptsächlich als antipyretisches Verfahren vorzüglich bewährt. — Gross gebraucht ebenfalls in seiner Kinderpraxis auch bei Scharlach eher die feuchten Einpackungen, als Antipyretica.

Goldbaum-Wien.

Die Intubation und die Tracheotomie ausserhalb des Croup. Von Sargnon. (Klinisch-therapische Wochenschrift No. 12, 13 und 14. 1900.)

Verf. bespricht die Operationstechnik der Tracheotomie und der Intubation und deren Complikationen und dazu die Indication für beide Operationen. Zur besseren Uebersicht stellt er die Indicationen

Digitized by Google

der Intubation und der Tracheotomie in folgendes Schema zusammen, wobei soviel als möglich die kindlichen Verhältnisse berücksichtigt werden.

Indicationen der Intubationen und der Tracheotomie, die sich aus der Natur und dem Sitze der Erkrankungen ergeben:

I. Supra- und perilaryngeale Erkrankungen.

Ist die Tracheotomie eine dringende Indication.

II. Larynx-Erkrankungen.

A) Traumatische.

1. Bei Verletzungen des Kehlkopfes wird bei Beginn der Asphyxie die Trach. gemacht; bei sehr kleiner äusserer Wunde und nicht eitriger Schwellung des Kehlkopfes und später zur Verhütung und Heilung narbiger Stenosen die Intubation.

2. Frakturen des Larynx. Ist sofort die Intubation zu machen, weil die Tube als innere Schiene dient; macht man die Tracheotomie, so muss man dann eine frühzeitige Dilatation durch Intubation zur Verhütung narbiger Stenosen vornehmen.

B) Entzündliche Erkrankungen.

1. Acute suffocative Laryngitis.
   a) Einfache: Intubation.
   b) Laryngitis stridulosa: Intubation.
   c) Laryngitis acuta verschiedener Natur bei Gicht, Scharlach, Varicellen: Intubation; bei Variola: Intubation oder Tracheotomie; bei Masern im Beginn: Intubation; in der Reconvalescenz: Intubation und bei häufiger Extubation Tracheotomie; bei Laryngotyphus: Oricotracheotomie mit folgender frühzeitiger Dilatation.
2. Oedeme, Abscesse und Perichondritis.
   a) Bei nicht eitrigen Oedemen und Erysipel: Intubation. Diese ist aber bei starkem epiglottischem Oedem unmöglich.
   b) Bei deutlicher Eiterung: Tracheotomie.
   c) In zweifelhaften Fällen: Intubation; wenn Misserfolg, Tracheotomie.
   d) Bei leukaemischen und pseudoleukaemischen Oedemen: Tracheotomie.
   e) Bei Actinomykose: Tracheotomie bei Trismus, sonst Intubation.
3. Chronische Laryngitis.
   a) Bei chronischer Laryngitis: Intubation.
   b) Bei Sklerom: Tracheotomie.
   c) Bei lepröser Laryngitis: Tracheotomie ohne vorausgegangene Dilatation.
4. Syphilis.
   a) In allen Fällen: Intubation; wenn dieselbe nicht vertragen wird bei supralaryngealen Hindernissen und tiefer Stenose: Tracheotomie.
   b) Bei allen durch Jod entstandenen Larynxödemen: Intubation.
   c) In gemischten Fällen: Tuberculose, Krebs mit Syphilis:

Digitized by Google

Intubation; dann sobald die Diagnose gesichert ist: Tracheotomie.

5. Tuberculose.
   a) Tracheotomie mit Ausnahme der Fälle von Suffocation bei Entbindungen, bei welchen, wenn möglich, Intubation gemacht wird.
   b) Bei postoperativen Krämpfen: Intubation.
6. Narbenstenosen des Kehlkopfes.
   a) Nicht zu enge Stenosen: Intubation.
   b) Sehr enge Stenosen: Dilatation nach vorausgeschickter Tracheotomie oder Intubation nach endolaryngealer Durchtrennung des Hindernisses.
   c) Stenose nach Tracheotomie. Bei nicht zu enger Stenose: Intubation; bei zu enger: erst Dilatation, dann Intubation.
   d) Stenose nach Intubation: Dilatation.
   e) Diaphragma: Intubation nach endolaryngealer Durchschneidung des Diaphragma.

C) Neuropathische Erkrankungen.

1. Krämpfe: Intubation, mit Ausnahme der Fälle mit unheilbarer Ursache.

2. Lähmungen: Intubation, wenn die Lähmung leicht heilbar ist.

D) Tumoren.

1. benigne: keine Intubation.

2. maligne; Intubation nur in zweifelhaften Fällen während der Dauer der specifischen Behandlung.

III. Tracheal-Erkrankungen.

A) Innere.

1. Traumatische.
   a) Verletzungen und Fracturen: Tracheotomie.
   b) Fremdkörper: Intubation nach Entfernung der Fremdkörper. Bei misslungenen Extractionsversuchen: Tracheotomie.
2. Entzündliche.

Hier gilt als allgemeines Prinzip: Bei Erkrankungen des inneren Teiles der Trachea dieselbe Indicationen wie bei Larynx unter der Bedingung der Anwendung langer Tuben, die bis zum 7.—8. Trachealring reichen.

3. Neuropathische.

Sehr zweifelhafter Natur: Bei Hysterie Intubation vor Tracheotomie.

4. Tumoren: Tracheotomie.

B) Aeussere.

Keine Intubation.

Indikationen, die sich aus den Verhältnissen ergeben: Bei jungen Individuen, Schwangerschaft, insbesondere Entbindung Intubation vorzuziehen.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass 1) in vielen Fällen die Intubation ebenso wie die Tracheotomie im Stande ist, eine schwere Dyspnoe unmittelbar zu beseitigen.

2) Ist die Tube ein ausgezeichnetes Mittel für rasche Dilatation, während nach der Tracheotomie, wenn man genötigt ist, die Canüle zurückzulassen, die Dilatation sehr langwierig, sehr mühsam und oft

Digitized by Google

sehr unwirksam ist, da der Kranke verurteilt ist, seine Canüle ständig zu tragen.

3) Bei Stenosen mit zweifelhaftem Sitze bildet die Intubation ein ausgezeichnetes diagnostisches Mittel, während die Tracheotomie eine viel zu schwere Operation ist, um in solchen Fällen verwendet werden zu können. Die Intubation ist daher indiciert bei inneren heilbaren und erweiterungsfähigen Stenosen des Kehlkopfes und des oberen Teiles der Trachea, die Tracheotomie bei unheilbaren oder bei zu tiefen Stenosen.

Dr. Goldbaum-Wien.

Die rhachitische, habituelle und rhachitisch-habituelle Skoliose. Von Weinberger (Wiener med.-klinische Wochenschrift Nr. 13—17. 1900).

Die rhachitische Skoliose entsteht in der ersten Dentitionsperiode und betrifft in der Regel primär den dorsalen und lumbalen Teil der Wirbelsäule, infolge Tragens des Kindes auf dem linken Arme, dabei ist die Krümmung meist nach links convex. Die einfach rhachitische Scoliose führt niemals zu einer stark auffallenden Verunstaltung und heilt innerhalb der ersten zwei Jahre. Die habituelle Scoliose ist eine Erkrankung der Pubertätszeit, ihre Ursachen sind meist constitutionelle Erkrankungen und verschiedene Schwächezustände, weitere schädliche aetiologische Momente sind schwerer Beruf, sitzende Lebensweise, fehlerhafte Haltung beim Schreiben etc. Die habituelle Scoliose entwickelt sich langsam, bei ihr ist immer ein Segment nach der einen, das benachbarte nach der anderen Seite gekrümmt. Die rhachitisch-habituelle Scoliose entwickelt sich in der Zeit zwischen den beiden Dentitionsperioden, ist progressiv und führt zu den hochgradigsten Entstellungen; sie unterscheidet sich von den früher genannten Formen dadurch, dass bei ihr eine Hälfte des Wirbelsystemes und die Hälfte des nächstanschliessenden anderen Segmentes nach der inneren Seite, während die weiter sich anreihenden Hälften verschiedener Segmente compensatorisch entgegengesetzt gekrümmt sind. Bei allen drei Formen bilden sich secundäre Veränderungen an Bändern, Knochen des Rumpfes und den Muskeln aus, infolge der Beengung des Thoraxraumes kommt es zu Störungen der Athmung und der Circulation. Die Therapie besteht in Kräftigung der Constitution, Corsetbehandlung, Gymnastik. Scoliosen bei bereits 10 jährigen Kindern sind einer nennenswerten Correction kaum mehr fähig. Wichtig ist die Prophylaxe, welche besonders in der Schule geübt wird, wie Controlieren der Haltung, richtige Construction der Schulbänke u. s. w.

Dr. Goldbaum-Wien.

Ueber Verwendung des Epicarin in der Dermatologie. Von Pfeffenberger. (Klinisch-therapeut. Wochenschrift Nr. 19. 1900.)

Pf. hat bei 50 Kindern, die an Scabies und Prurigo litten, Versuche mit Epicarin mit ausgezeichnetem Erfolge angestellt. Er wendete eine 7% Salbe an mit folgender Wirkungsweise: a. bei Scabies. Der am meisten belästigende Juckreiz schwand in der

Digitized by Google

Mehrzahl der Fälle nach der ersten oder sicher nach der zweiten Einreibung. Die ganze eingeriebene Haut wurde rot, trocken, spröde und zeigte in den obersten Epithelschichten Risse. Um nun die Haut nicht zu spröde werden zu lassen und um die Abschuppung zu beschleunigen, wurden die Kinder nach zwei oder drei Epicarineinreibungen mit ung. diach. simpl. ein- bis zweimal eingerieben, wobei jedesmal an dem der Behandlung mit Diachylonsalbe folgenden Tage ein warmes Bad gegeben wurde. Mit der Abschuppung verloren sich auch die Milbengänge. Zeigten sich nach zwei Bädern noch verdächtige Stellen oder trat wieder Juckreiz auf, so wurde aufs Neue eine Epicarineinreibung gemacht, doch reichte man selbst in den schwersten Fällen mit höchstens fünf bis sechs Einreibungen aus. Als letzte, die Haut glättende Arbeit erfolgte immer noch eine Einreibung von ung. diachyl. oder ung. zinci. Nach der abgelaufenen Cur war die Haut vollständig glatt, zart und rötlich schimmernd, welche Färbung noch längere Zeit blieb. b. bei Prurigo. Ebenso rasch wie bei Scabies war die Wirkung bei Prurigo, wo der Juckreiz stets nach der ersten Einreibung schwand. Bei der Schuppung verloren sich die Knötchen vollständig und die Haut wurde, ausgenommen die rote Färbung, wieder normal. c. bei Eczema. Hier hat Pf. keine Erfolge gesehen.

Die Epicarinsalbe wurde folgendermassen ordiniert:

Rp. Epicarin 7.0
Cret. alb. 2,0
Vaselin alb. 30.0
Lanolin 15.0
Axung. porc. 45,
Mf. unguentum

Goldbaum-Wien.

Ein Fall von Friedreich'scher Krankheit. Von L. Wickel (Münch. Med. Wochenschrift No. 8, 1900.)

Die F. K. beginnt meist im Kindesalter, hereditär, familiär und ist progressiv. Lokomotorische und statische Ataxie, choreatische Störungen, leichte Kyphose, Nystagmus, erschwerte lallende Sprache, leichte Nervenschmerzen, Tachycardie, Schweisse, Salivation, später Spitzfusstellungen, Beteiligung der Psyche setzen im Wesentlichen das Bild und den Verlauf zusammen. Daraus ergiebt sich die differentialdiagnostische Entscheidung für den geschilderten Fall; in derselben käme ernstlich nur eine Lues spinalis in Frage, die sich aber nicht begründen liess. Der Vater starb an Phthise. Sonst keine anamestische Belastung. Das Kind war immer schwächlich, lernte im zweiten Jahre gehen, Gang immer schwankend, Neigung zu Durchfall, Krämpfe, in der Schule geistig normal, im 11. Jahre begann die Aufmerksamkeit ihm schwer zu fallen, seit dem 9. Jahre nimmt das Schwanken zu, Schrift unschön, heiteres, munteres Wesen. $12^1/_4$ Jahr alt zur Untersuchung gelangt: Breitspurige Stellung mit vorgeneigtem Kopf, fortwährendes Balanciren, Umfallen bei Augenschluss (Romberg). Athetotisch-choreatische Bewegung aller Körpermuskeln, der Zunge u. a. m., rechts wie links, auch im Sitzen und Liegen, Ruhe im Schlaf,

Digitized by Google

Athmung ruhig, Gang und Bewegungen ataktisch. Sensibilität, Muskelerregbarkeit normal, Reflexe fehlen, Nystagums, Pupillenreaktion normal, kein Kopfschmerz oder Schwindel, Achseldrüsen und Inguinaldrüsen vergrössert. Alle übrigen Befunde normal. Eine Progressivität des Leidens lässt sich feststellen. Jodkali und Elektrizität ohne Wirkung. Spiegelberg-München.

Die Veränderungen der Leber bei der Gastroenteritis der Säuglinge. Von Eugène Ferrien. (Rev. mens. des mal. de l'enf. Bd. XVIII. 1900.)

Verf. giebt zunächst nach einem historischen Rückblick eine Beschreibung der normalen Leber des Neugeborenen. Bei derselben fehlt die Läppchenbildung, das Bindegewebe ist sehr reichlich vorhanden, die Blutgefässe sind sehr zahlreich, und man findet häufig selbst in normalem Zustand einige Rundzellen um die Gallengangcapillaren. Um die pathologischen Veränderungen der Leber bei der Gastroenteritis zu studieren, hat F. 20 Fälle von uncomplicierten acuten und chronischen Magendarmkatarrhen untersucht. Die Farbe des Organs ist ebenso wechselnd wie die Grösse. Auffallend häufig findet man die sog. infektiösen Flecke, wie sie von den Infektionskrankheiten her bekannt sind. Das Gewicht ist sehr vermehrt. Die microscopische Untersuchung ergiebt meist eine Fettinfiltration. Die parenchymatösen Veränderungen sind zwar häufig, stehen aber hinter denen der anderen Gewebselemente zurück. Sie zeigen sich hauptsächlich als Rundzelleninfiltration um die Pfortader und Capillaren. Die Centralvene ist meist intact, dagegen trifft man oft auf erweiterte Capillaren, welche mit roten Blutkörperchen vollgepfropft sind und deren Wandungen stark verdickt und infiltriert sind. Die Leberzellen sind durch Züge von Rundzellen auseinandergedrängt. Die Bilder haben grosse Aehnlichkeit mit denen bei der hereditären Syphilis. Die Fettinfiltration kann so stark sein, dass man fast keine Struktur mehr erkennt. Fettdegeneration findet man sehr selten.

Zwischen den kinischen Formen und den versch. Graden der Leberveränderungen lassen sich Beziehungen aufstellen. Bei den acuten Fällen findet sich fast constant eine Congestion der Capillaren; Veränderungen der zelligen Gewebe sind selten; das Protoplasma erscheint dann homogen fast hyalin. In dem Lumen der Gefässe sind schon viele Leucocyten. Fett ist wenig oder gar nicht vorhanden. Bei den subacuten Formen lässt sich dann ein gewisser Grad von Capillaritis feststellen. Die Veränderungen der Zellen sind noch nicht weiter vorgeschritten wie bei den acuten Fällen, ebenso wie auch die Fettinfiltration noch gering ist; dagegen zeigt sich in den Zwischenräumen der Leberzellen schon Infiltration von embryonalen Zellen und ebenso Neubildung von Gallengängen. In den chronischen Fällen überwiegt das Auftreten von Bindegewebe, die Entzündung der Capillaren ist sehr stark, man findet sehr viele neugebildete Gallengänge, die embryonale Infiltration ist sehr ausgesprochen, ebenso die Veränderung an den Leberzellen. Letztere sind oft sehr stark mit Fett angefüllt.

Zwischen der Schwere der Erkrankung und den Veränderungen

Digitized by Google

in der Leber bestehen keine constanten Beziehungen, nur zwischen diesen und der Dauer der Krankheit.

Die spezielle Untersuchung der Veränderungen an den einzelnen Gewebselementen lässt dieselben identisch mit denen bei den Infektionskrankheiten erkennen. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Auf welche Weise die Leberkrankung zu Stande kommt, ob durch Infektion vom Darm aus, ob allein durch Kachexie, ob durch alimentäre oder bacilläre Intoxication, ob durch Autointoxication, darüber sind die Ansichten noch sehr geteilt. Irgend etwas Spezifisches ergiebt sich für die Leberaffektion bei Gastroenteritis nicht. Die Häufigkeit ist jedenfalls eine sehr grosse; die Veränderungen sind aber bei den reinen Formen von Magendarmkatarrh nicht so ausgesprochen wie bei den mit subcutanen Abscessen und Bronchopneumonien complicierten. Zum Schluss erörtert Verf. die Beziehungen der Lebererkrankung bei Gastroenteritis zu der Lebercirrhose, welche jedenfalls bestehen.

Die Arbeit ist mit guten Illustrationen versehen.

Behrens-Karlsruhe.

Beitrag zum Studium über den Hochstand des Schulterblattes. Von Nové-Josserand und Brisson. (Rev. mens. des mal. de l'enf. XVIII. 1900.)

Diese Deformität wurde zuerst 1891 von Sprengel beschrieben. Die Verff. geben an der Hand eines von ihnen beobachteten Falles und der bisher über diesen Gegenstand erschienenen Literatur ein klares Bild dieser Affektion. Sie wurde in den verschiedensten Altersklassen beobachtet. Meist ist nur eine Seite ergriffen, die rechte ein wenig häufiger befallen wie die linke, nur einmal beide Schulterblätter. Subjektive Beschwerden bestehen fast gar nicht, nur wurde mehrere Male beobachtet, dass der Arm der betreffenden Seite nicht ganz gehoben werden konnte. Das ergriffene Schulterblatt steht nicht nur hoch, sondern der untere Winkel ist auch der Wirbelsäule genähert. Der ganze Knochen ist etwas atrophisch. An den das Schulterblatt bewegenden Muskeln ist keinerlei Abnormität festzuztellen, sodass dasselbe frei beweglich ist. Auch an dem betr. Schultergelenk findet sich nichts Krankhaftes. Die Wirbelsäule zeigt entweder kyphotische oder scoliotische Verkrümmungen, aber nur leichtesten Grades und nicht in allen Fällen. Die Convexität der event. Skoliose ist nicht immer auf der gleichen Seite des hochstehenden Schulterblattes.

Aus all dem und daraus, dass in keinem Fall ein Trauma vorging, ergiebt sich, dass die Deformität nur congenitalen Ursprungs sein kann. Hierfür spricht auch, dass mehrere Autoren ein gleichzeitiges und gleichseitiges Vorhandensein einer Hemiatrophia facialis beobachteten.

Sichtbare Erscheinungen macht die Affection nur in ganz geringem Grade; dies ist wohl der Grund, dass man dieselbe bisher übersehen hat. Irgend welche therapeutischen Eingriffe haben keinen Wert.

Behrens-Karlsruhe.

Digitized by Google

Zwei Fälle gonorrhoischer Arthritis beim Kind. Arthritis des Sterno-Claviculargelenks. Arthritis des Hüftgelenks. Von J. Halle. (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.)

Im ersten Falle handelte es sich um ein 7jähriges Mädchen, welches an Vulvovaginitis litt. Die Localisation am Sternoclaviculargelenk ist auch beim Erwachsenen äusserst häufig, so dass schon allein aus dem Ergriffensein dieses Gelenks auf specifische Infection geschlossen werden kann. Das Kind hatte seine Vulvovaginitis von der Mutter; der Ausfluss bestand schon einen Monat; 14 Tage nach dem ersten Bemerken desselben klagte das Kind über Schmerzen in den Knieen und Gelenken. Dieselben verschwanden bald, aber es trat eine Anschwellung am linken Schlüsselbein auf, die Haut rötete sich, und allmählich bildete sich ein Torticollis aus. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergab keinen Anhaltspunkt, so dass die Diagnose nach der bact. Untersuchung des Ausflusses gesichert war. Die Behandlung bestand nur in Umschlägen und vaginalen Ausspülungen mit Kal. permang. Der Ausfluss hörte nach 14 Tagen auf, aber die Gelenkschwellung verschlimmerte sich so, dass man nahe daran war, chirurgisch einzugreifen. Allmählich ging die Entzündung zurück und es trat vollständige Heilung ein.

Der zweite Fall betraf ein 5jähriges Mädchen, welches schon längere Zeit an Vulvovaginitis litt, die nur vorübergehend behandelt worden war. Die Krankheit begann mit Hinken, es stellten sich so heftige Schmerzen ein, dass das Kind weder stehen noch gehen konnte. Der Oberschenkel wurde gebeugt und adduciert gehalten. Das Kind klagt permanent, die leiseste Berührung ruft heftigste Schmerzensäusserungen hervor. Es bestand Fieber. Die Untersuchung ergab keinen Anhaltspunkt für tuberkulöse Coxitis, woran man zunächst denken musste. Der Trochanter war nicht von der Nélatonschen Linie abgewichen, die inneren Organe waren vollständig intact, keine hereditäre Belastung, die rasche Entwicklung des Zustandes und bestehende Vulvovaginitis sicherte die Diagnose einer gonorrhoischen Hüftgelenksentzündung. Auch in diesem Fall bestand die Behandlung nur in Vaginalausspülungen und feuchten Umschlägen. Heilung in ca. 8 Wochen. Verf. hält es in diesen Fällen für richtig, den primären Herd (hier die Vulvovaginitis) vor allem zu behandeln.

Behrens-Karlsruhe.

Ueber die exanthematische Form des Kindertyphus (sehr starke Entwicklung der Roseola-Flecken). Von E. Weill und Ch. Lesieur. (Rev. mens. de l'enf. XVIII, 1900.)

Die Verff. haben die innerhalb 6 Jahren beobachteten 280 Typhusfälle bei Kindern einem genauen Studium unterworfen und kommen zu folgenden Schlüssen: 1. Man kann unterscheiden:

a. Leichte Formen, wo Exanthem und Enanthem (d. h. Erscheinungen seitens des Darmkanals Ref.) gleichmässig wenig ausgesprochen sind.
b. Schwere Formen, wo die Störungen des Darmtractus gleich stark mit der Hauteruption auftreten.

Digitized by Google

2. Unter den mittelschweren Formen, welche die zahlreichsten sind, befindet sich eine, die exanthematische, welche charakterisiert ist:
a. durch das Hervortreten der Eruption der Roseolaflecken;
b. durch die Abschwächung der intestinalen Symptome;
c. durch die gute Prognose.

3. Die grosse Menge der Roseolaflecken giebt nur dann ein günstiges prognostisches Zeichen, wenn sie mit dem vollständigen Fehlen oder doch Abschwächung der Darmstörungen einhergeht; die günstige Prognose bleibt auch in scheinbar schweren Fällen bestehen.

Es ist zu bemerken, dass die exanthem. Form mit dieser guten Prognose nicht nur bei Kindern beobachtet wurde. Diese Krankheitsart ist relativ häufig, sie kam unter den 280 Fällen 58 mal vor. Die Flecke können sich über den ganzen Körper verbreiten. Sie erscheinen meist am 8. oder 10. Krankheitstag, event. auch schon am 4ten. Wenn die Darmstörungen auch ganz fehlen oder zum mindesten sehr abgeschwächt sind, so sind die Erscheinungen seitens des Nervensystems, das Fieber u. s. w. die gleichen wie bei den typischen Fällen, ja besonders erstere können sehr schwer sein. Die Krankheit hat eine kurze Dauer, das Fieber schwand meist in 8—10 Tagen. Rückfälle wurden beobachtet, waren aber immer bedeutungslos. Die Sterblichkeit der exanthem. Typhusfälle war = 0. Die Behandlung bestand in kalten Bädern.

Behrens-Karlsruhe.

Gesundheitspflege.

Die im vorigen Jahre gegründete, zur Zeit 361 Mitglieder zählende Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege hielt vom 7—9 Juni d. J. in Zürich ihre erste Jahresversammlung ab. Die gehaltenen Referate, welche zum Teil in dem eben verausgabten Jahrbuch der Gesellschaft gedruckt vorliegen, betrafen „die Verwahrlosung vom medizinischen Standpunkt aus“ (Referent Prof. für Hygiene Dr. Girard in Bern); die „Konstruktion von Böden, Wänden und Decken in Schulhäusern und Turnhallen“ (Referent Stadtbaumeister Geiser in Zürich); die „Ferienkolonien“ (Referent Pfarrer W. Bion in Zürich) und die „hygienischen Anforderungen an den Stundenplan“ (Referent Rektor Dr. Werder in Basel). Das letztgenannte Thema bot Gelegenheit, die Ueberbürdungsfrage anzuschneiden, wobei sich auf Seiten der erschienenen Pädagogen wie Mediziner in gleicher Weise die Meinung geltend machte, dass „abzurüsten“ sei; die Stundenpläne seien von unten an zu stark belastet. Die Mittwoch- und Samstagnachmittage sollten unter keinen Umständen mit Schulstunden besetzt werden. Die Anordnung der Schulstunden soll derart ge-

Digitized by Google

schehen, dass sich ein wohlthuender Wechsel und mit ihm die Möglichkeit ergiebt, die Hausaufgaben gleichmässig zu verteilen. Zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden haben viertelstündige Pausen einzutreten. Die Gesamtdauer der Schulferien soll mindestens 10 Wochen (3 im Frühling, 4 Sommer, 2 im Herbst, 1 zu Weihnachten) betragen. Grösserer Raum im Stundenplan sei auch den körperlichen Uebungen zu verschaffen und es soll auf die Einrichtung öffentlicher Spielplätze hingewirkt werden. Mit den Hygienikern hätten die Lehrer Hand in Hand zu gehen und es wäre zur Erreichung dieser Aufgabe des Zusammenwirkens die Gesundheitslehre als obligatorisches Lehr- und Prüfungsfach (wie es z. B. im Züricherischen Lehrerseminar in Küssnacht der Fall ist) in den Lehrerbildungsanstalten einzuführen. — Hinsichtlich des Ausbaues der Ferienkolonien, welche als unter pädagogischer Leitung stehende Landaufenthalterholungsbedürftiger Schüler ihren Ursprung in der Schweiz haben — Pfarrer Bion ist ihr Schöpfer —, sprach sich die Versammlung dahin aus, dass überall die Errichtung eigener Verpflegungshäuser anzustreben sei, in denen erholungsbedürftige Kinder zu jeder Zeit Aufnahme finden können, ohne dass sie dadurch in ihrem Schulunterrichte eine wesentliche Störung erfahren. — Was die technische Frage der Konstruktion von Böden, Wänden etc. in Schulhäusern anlangt, so pflichtet die Versammlung dem Referenten bei, der statt des bisherigen Systems der Zwischenbalkendecken mit Schuttauffüllung Ersetzung dieser durch eisernes Gebälk mit massiver Ausfüllung, wie es bei den neuesten Züricher Schulhäusern angewendet wurde, empfiehlt. An Stelle der Holzböden soll ein Belag mit Linoleum oder Kork treten. — Die über die Verwahrlosung aufgestellten und angenommenen Thesen, welche eine Anzahl Massnahmen zur Bekämpfung der sittlichen Gefährdung wie Beeinträchtigung der Kinder enthalten, werden dem eidgenössischen Justizdepartement zugeleitet werden, damit die darin ausgesprochenen Gedanken bei Ausarbeitung des schweizerischen Strafrechtes und Ausführung des Artikels 62 bis der Verfassung Berücksichtigung finden mögen. Mit der Jahresversammlung war eine instruktive schulhygienische Ausstellung verbunden, in welcher den Teilnehmern der Versammlung Demonstrationen von fachmännischer Seite gegeben wurden. Frkftr. Ztg.

Rezensionen.

Kinderhygiene vom medicinisch-pädagogischem Standpunkte. Von Dr. Emil Seyler. Leipzig, Otto Borggold, 1899. Preis 2 Mark 40 Pf.

Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gesetzt, in dem vorliegenden Werke „keine Schrift von wissenschaftlichen Werke für Fachgenossen zu schaffen, sondern seine Lektüre für Familienhäupter und Einzelne,

Digitized by Google

die dieser Frage ein Interesse entgegenbringen, in die Oeffentlichkeit zu setzen." Diese Aufgabe ist dem Autor in glänzender Weise gelungen. Die Sprache des Buches ist leichtverständlich, erhebt sich aber doch oft zum poetischen Schwunge, z. B. in den Kapiteln über geistige Pflege. Die Erörterung aller Hypothesen ist vermieden, ebenso der Gebrauch aller wissenschaftlichen Ausdrücke. Der Inhalt umfasst alles Wissenswerte über die Pflege der Kinder in übersichtlicher Anordnung. Das Buch kann nicht allein Eltern und Lehrern, sondern auch Aerzten empfohlen werden. Besonders letztere werden dem Werke manche Anregung verdanken, da alle neueren fachwissenschaftlichen Untersuchungen bei der Abfassung des Buches herangezogen worden sind.

Loewy-Bunzlau.

Ueber die sog. frühzeitige Extraction des sechsjährigen Molaren. Von Dr. A. Sternfeld. Wien, Adolph W. Künast, 1900.

Die Frage, ob der 1. Molarzahn gegen das Ende des 12. Lebensjahres, d. h. zur Zeit des Durchbruches der 2. permanenten Molaren entfernt werden soll, um diesen letzteren und den respektiv durchbrechenden 3. Molaren, den sog. Weisheitszähnen sowie auch den nach vorne gelegenen Bicuspidaten und Caninen Raum zu schaffen und anomale Zahnstellungen zu verhüten, beschäftigt seit dem Jahre 1888, in welchem die Arbeit Andrieu's erschien, immer und immer wieder die beteiligten Fachkreise. Während Andrien und mit ihm viele tüchtige Zahnärzte die Entfernung des 1. Molaren als unbedingt nötig erachten, eine andere Reihe von namhaften Fachgelehrten, wie Röse, Fenchel u. A. sie direkt verwerfen, geht St. die goldene Mittelstrasse und sucht in dieser Arbeit darzulegen, dass, wenn nicht ganz bestimmte Gründe vorhanden sind, welche die Extraktion ratsam erscheinen lassen, kein Anlass vorhanden ist, die Thätigkeit des sechsjährigen Molaren mit dem 12. Lebensjahre abzuschneiden. Als solche bestimmte Gründe bezeichnet St. 1) Caries der betr. Zähne, 2) Missverhältniss der Grösse zwischen Kiefern und Zähnen und 3) Schiefstand bez. Gedrängtstehen der Zähne. Während die ersten 2 Gründe ohne Weiteres einleuchten, geht St. auf den 3. noch etwas genauer ein und legt dar, dass als Mittel zur Hebung von Raummangel die Extraction der sechsjährigen Molaren deshalb zu bevorzugen sei, weil dieselben nach den Ergebnissen der Statistik die hinfälligsten unter allen Zähnen seien und weil der durch die Wegnahme derselben geschaffene Raum nicht nur den 2. und 3. Molaren, sondern auch den Bicuspidaten und Frontzähnen zugute kommt. Als günstigsten Zeitpunkt dazu bezeichnet St. das Alter von $11^1/_2$ bis 13 Jahren, d. h. die Zeit, in welchem zwar die deutlichen Zeichen des beginnenden Durchbruches des 2. Molaren vorhanden sind, letzterer aber noch nicht wirklich durchgebrochen ist. Dass natürlich erst nach reiflichem Studium besonders auch an Modellen der Entschluss zu fassen sei, in welcher Weise man im gegebenen Falle vorzugehen habe, bedarf wohl nicht noch eingehender Begründung. Schliesslich erwähnt St. noch, dass es in manchen Fällen zweckmässig ist, von der Regel,

Digitized by Google

dass wenn ein Zahn behufs Schaffung von Raum extrahiert wird, auch sein Antagonist zu entfernen ist, abzugehen, so z. B. wenn der Antagonist eines unteren 1. Molaren, der obere 1. Molar, gesund, sein Nachbar, der 2. Bicuspis, dagegen anormal ist. Der Arbeit ist ein reichhaltiges Literaturverzeichnis was eine grosse Anzahl (97) zur Illustration des Gesagten dienender guter Abbildungen von Kiefermodellen beigefügt.

Baron-Dresden.

Wegweiser zur Ausführung ärztlicher Kurvorschriften, zugleich Verordnungsbuch für Aerzte. Von Dr. F. Schönenberger. II. Aufl. Berlin, Wilh. Möller, 1900. Preis 20 Pf.

Das Büchelchen soll dazu dienen, dem Arzte die Mühe zu ersparen, eine Verordnung dem Patienten, resp. dessen Angehörigen oder Pfleger immer und immer wieder genau zu beschreiben, es soll vielmehr diese Personen in den Stand setzen, bei der Kur genau den ärztlichen Vorschriften entsprechend zu verfahren. In diesem Sinne verdient es wohl, empfohlen zu werden, da es klar geschrieben ist, alles Wichtige enthält und die verschiedensten Methoden deutlich vorführt, ja sogar noch einige Abbildungen giebt. Es werden abgehandelt: Abwaschungen, Abreibungen, Bäder, Güsse, Douchen und Brausen, Dampfbäder, heisse Auflagen, Inhalationen, Packungen, Kompressen, Ausspülungen, Gurgelungen, Klystiere, Licht- und Sonnenbäder, Athemgymnastik, Massage, Anwendung des Citronensafts (!?) und die Diät. Sehr erfreulich ist es, dass dadurch es durchaus vermieden wird, die Anwendung der verschiedenen Methoden mit den einzelnen Krankheiten und Krankheitszuständen in Verbindung zu bringen, oder letztere auch nur zu schildern, der Gebrauch des Büchelchens zu kurpfuscherischen Zwecken ausgeschlossen ist. Wenn einerseits vieles, was absolut selbstverständlich erscheint, besprochen wird, so geschieht dies, weil der Verf. mit Recht voraussetzt, dass man bei Laien viel weniger Kenntnisse und Verständnis vorfindet, als man zu glauben geneigt ist; nur wenn andrerseits hier und da etwas vermisst wird, z. B. die Angabe der Temperatur von Bädern, Umschlägen u. dgl. oder die Dauer der einzelnen Proceduren u. s. w., so ist dies mit der Absicht unterlassen, überall der speciellen Anordnung des Arztes das zu überlassen, wozu die Kenntnisse und Ueberlegung des Laien nicht ausreicht. Dies hat den Collegen der Verf. auch noch dadurch erleichtert, dass er dem Hefte eine Anzahl Formularblätter beigefügt hat, in die auf der einen Seite vom Arzte die genaueren Diätvorschriften, auf der anderen Seite die speciellen Verordnungen anderer Art genau schriftlich fixiert werden können, so dass hierdurch bestimmt Irrthümer vermieden werden. Der billige Preis erleichtert es, dass dieses Heft zahlreichen Patienten ausgehändigt werden kann.

Wulff-Oldenburg.

Ueber orthopädische Apparate. Von Dr. A. Blencke. München, Seitz und Schauer, 1900. Preis 80 Pf.

Jeder orthopädische Apparat soll sich der Deformität genau anpassen, möglichst einfach und leicht sein und fest anliegen, ohne zu drücken. Für den Rumpf kommen besonders in Betracht das

Digitized by Google

Hessing'sche Stoffkorsett mit eingelagerten Stahlschienen, in schwereren Fällen ein Korsett aus starrem Material, Celluloid oder Hornhautleder. Die vorrätig gehaltenen Apparate der Bandagisten sind ganz unzweckmässig, zumal bei Spondylitis. Hier sind vielmehr die starren Korsetts angebracht, oder auch das Gipsbett, das trotz seiner Schwere von den Kranken meist gut vertragen wird. Das Korsett ist, mit Trochanterbügel versehen, auch bei manchen congenitalen Hüftgelenksluxationen zu verwenden, wofern nicht die unblutige Reposition nach Lorenz oder die Pfannenbildung nach Hoffa angezeigt ist. Für die untere Extremität sind die Schienenhülsen-Apparate sehr vervollkommnet, die in jeder gewünschten Weise Fixation und Entlastung, Korrektur der Deformität und Beweglichkeit ermöglichen und die Anzeige für die Operation sehr eingeschränkt haben.

Behm-Pyrmont.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Behandlung des Keuchhustens mit Schutzpockenimpfung. Von Guercini.

G. hat 195 Fälle von Keuchhusten mit Schutzpockenimpfung behandelt. 102 Kinder wurden im acuten Stadium der Erkrankung geimpft. In 24 Fällen nahmen die Anfälle nach der Entwicklung der Impfpusteln merklich ab und die Kinder waren in kurzer Zeit (1—2 Wochen) geheilt. In 72 Fällen wurden die Anfälle nach der Entwicklung der Pusteln ebenfalls seltener und schwächer, doch wurde gänzliche Heilung erst in 3—4 Wochen erzielt. In 6 Fällen wurde keinerlei Besserung erzielt und die Krankheit dauerte 8—9 Wochen. Von 43 praeventiv geimpften Kindern blieben 34 frei von Keuchhusten, 9 bekamen die Krankheit in leichtem Grade. Von 108 nicht geimpften, sondern in der üblichen Weise behandelten Kindern starben acht an katarrhalischer Pneumonie, die anderen wurden in viel längerer Zeit geheilt, als die geimpften. (Gaz. d. osp. 1900.)

Goldbaum-Wien.

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Ichthyol 1,0
Collod. 9,0
DS 2—3 mal tgl. zu bepinseln (nach spontaner Abhebung der dicken braunen Decke ist von neuem zu bepinseln.)
Naevi (Unna).

Rp.
Menthol. 1,0
Tct. Ratanh.
Spir. vin. concentr. aa. 50,0
DS ½ Kaffeel. auf 1 Glas Wasser; zur Mundausspülung.

Digitized by Google

Rp.
Tct. Ratanh.
Tct. Gallar aa. 12,0.
Resorcin 3,0
Menthol. 0,25
DS 2mal tgl. zur Pinselung.
Stomatitis (Ctbl. f. Therap.).

Rp.
Natr. benzoic. 0,2—0,3
Lith. benzoic. 0,03—0,05
Salol. 0,1—0,2
Mf. pulv. DS tgl. 2—4 Pulver.
(Ibid.)
Harnsaure Diathese.

Rp.
Tct. Colomb.
Tct. Ratanh. aa. 10,0
Syr. Aur. Cort. 20,0
DS 3mal tgl. $^1/_2$ Kaffeel. voll.
(Ibid.)
Enteritis chronic.

Rp.
Jodoform. 1,0
Extract. Bellad. 0,1
Extract. Hyoscyam. 0,2
Vaselin. 20,0
Mf. ungt DS Salbe.
Haemorrhoiden. (Ibid.).

Kleine Mitteilungen.

Das Schweizerische Impfinstitut in Laufthama (Institut vaccinogène Suisse) Felix und Flück hat zu Impfzwecken ein Impf-Necessaire konstruirt, welches durchaus empfehlenswert ist. Es ist einfach konstruiert, sehr praktisch in seiner Anwendung und leicht aseptisch zu halten. Es enthält alles zur Impfung nach den Geboten der Hygiene und modernen Impftechnik unentbehrliche Material. Die Gegenstände aus Metall sind fein vernickelt und das ganze findet sich in elegantem Etui aus poliertem Nussbaum vereinigt. Der Preis des kompletten Impfbestecks ist ein mässiger zu nennen und beträgt 12 Mark 50 Pf. Die Zahl der vorhandenen Impflanzetten ist 6, kann aber auf Wunsch erhöht werden (pro Stück 50 Pf.). Auch können Impflanzetten mit vernickelter Stahlspitze (Preis 2 Mk.) oder mit Iridiumplatinspitze (Preis 4 Mark 50 Pf.) bezogen werden. — Die von dem Institut hergestellte und verschleisste animale Lymphe wird unter staatlicher Kontrolle erzeugt und nach bakteriologischer und klinischer Richtung von den staatlichen Behörden geprüft. Sie wird in konzentrierter und flüssiger Form versandt, behält ihre Wirkungskraft je nach Jahreszeit 40—60 Tage und ergaben die Erstimpfungen derselben überall 99—100% Erfolge. — Die Hauptniederlage und Bezugsquelle aller von der Firma hergestellten Instrumente, Präparate etc. befindet sich für Deutschland bei D. Szamatolski, Engel-Apotheke in Frankfurt a. M.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **August 1900.** **Heft 8.**

Inhalt: Originalien: **Feuchtwanger,** Ueber Citrophen gegen Keuchhusten, 169. — Referate: **Netter,** Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie, 170. — **Mardoen,** Diphtherie, — **Bertheraud,** Lungentuberkulose, 174. — **Lippmann,** Rückfälle, 175. — **Swarzensky,** Funktionelle Herzgeräusche, 176. — **Jemma,** Proteolitische Bacterien, 176. — **Keller,** Säuglingsernährung, 177. — **Johannessen,** Hypertrophische Dilatation des Dickdarms, 178. — **Breton,** Appendicitis, 179. — **Fothergill,** Infantile Diarrhoe, 179. — **Nobécourt,** Ausscheidung von Zucker durch den Urin, 180. — **Bókay,** Harnröhrendivertikul, 181. — **Epstein,** Kufekes Kindermehl, 181. — **Berger,** Zahncaries, 182. — **Schiff,** Haematologie der Neugeborenen, 184. — Gesundheitspflege: **Schuschny,** Ueber die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder, 185. — **Boysen,** Ueber die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Kuhmilch, 185. — Rezensionen: **Fuchs,** Die Prophylaxe der Psychiatrie, 187. — **Sachs,** Die Kohlenoxyd-Vergiftung, 188. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 189. — Kleine Mitteilungen, 192.

Ueber Citrophen gegen Keuchhusten.

Von Dr. **Albert Feuchtwanger** in Frankfurt a. Main.

Ein neues Mittel gegen Keuchhusten zu empfehlen, erregt immer berechtigtes Misstrauen. Die Zahl der in der letzten Zeit empfohlenen ist eine sehr grosse, ein Beweis, dass die bisherigen den an sie gestellten Anforderungen nicht entsprochen haben. Das Bromoform z. B. ist recht wirksam, hat aber zu mehrfachen in der Literatur berichteten Intoxikationen geführt, so dass die hohe, wirksame Dosierung sehr zur Vorsicht mahnt. Das Chinin wird von den Kindern nur widerwillig oder gar nicht genommen, die Chininperlen und Chininchocoladetabletten kommen bei kleinen Kindern nicht in Betracht. Das Euchinin ist sehr teuer, also in der Armenpraxis nicht anwendbar und auch nicht immer wirksam. Das Tussol ist zwar sehr häufig von guter Wirkung, lässt aber zuweilen auch im Stich. Ich habe auch öfters ein die Mütter sehr beängstigendes Antipyrinexanthem nach nicht grossen Dosen von Tussol gesehen, so dass ich mich

Digitized by Google

nach einem neuen Ersatzmittel desselben umsah. Ich glaube dasselbe im Citrophen gefunden zu haben.

Citrophen ist citronensaures Phenetidin und ist in Wasser ziemlich löslich. Meine Versuche erstreckten sich auf circa 40 Kinder mit deutlich ausgeprägter Pertussis, die zum grössten Teile meiner Poliklinik, zum kleineren Teile meiner Privatpraxis entstammen. Die Mütter berichteten mir mit wenigen Ausnahmen, dass Citrophen von den Kindern sehr gut genommen und vertragen wird. Der Husten wird bedeutend gelindert, die nächtlichen Anfälle werden schon in der 2. Nacht seltener, bis sie nach einigen Nächten fast ganz aufhören. Setzt man das Mittel aus, so wird der Husten sofort wieder stärker. Man ist also gezwungen, Citrophen Wochen lang zu geben. Ich habe trotz wochenlangen Gebrauchs nie eine Intoxikation erlebt und wäre begierig zu erfahren, ob dies bei den anderen Herrn Kollegen ebenfalls der Fall ist. Ich habe ferner den Eindruck, als ob durch Citrophen die Dauer des Keuchhustens abgekürzt werden könne. Die Dosierung war bei Säuglingen 0,1, bei 1—3jährigen Kindern 0,15—0,3 und bei älteren Kindern 0,4—0,5 3 mal täglich. Als die Hauptvorzüge des Mittels erschienen mir also der angenehme Geschmack, die gute Wirkung auf den Husten und das Allgemeinbefinden und der Mangel jeglicher Intoxikationserscheinung.

Ich kehre zu meinem Anfangssatze zurück. Trotz meiner sehr ermutigenden Resultate möchte ich Citrophen nicht eher als gutes „Keuchhustenmittel" empfehlen, als bis auch andere Collegen gleich mir die gleich günstigen Resultate erzielt haben und auch meine Erfahrungen grösser geworden sind. Sollten diese Zeilen dazu beitragen, ein mir wertvoll erscheinendes Mittel in der Praxis einzubürgern im Kampfe gegen den gefährlichen Kinderfeind, so ist der Zweck dieser Zeilen erfüllt.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie.

Von Dr. Netter-Pforzheim.

Vacher: Contribution á l'étude de la syphilis nasale. (Annales des maladies de l'oreille etc. Bd. 24.).

15jähriger Knabe klagte über Kopfschmerzen und reichlichen stinkenden Eiterausfluss aus der Nase. Dabei fast völlige Erblindung links, die ein anderer Arzt schon auf einen intracraniellen Tumor bezogen und als Vorboten einer baldigen Meningitis bezeichnet hatte und die sich als eine doppelseitige Neuritis optica darstellte. Die Nase war eingesunken, Ulcerationen links am Septum, Gaumensegel

Digitized by Google

links mit der hinteren Rachenwand verwachsen. Energische Jod- und Quecksilberbehandlung brachten den Fall mit seinen Nebenerscheinungen zur Heilung. V. rühmt besonders retronasale Spülungen mit einer schwachen (1,0 : 30000) Salicylquecksilberlösung, alle 12 Stunden vorgenommen.

Manasse: Ein Fall von Epistaxis durch einen Blutegel. (Lancet 16. IX. 99. II.)

Bei einem kleinen Kind, das wegen Epistaxis zu M. in Beyrut gabracht wurde, sah man beim Blick in den Mund das Ende eines Blutegels, der sich offenbar irgendwie im hinteren Teile der Nase festgesetzt hatte. Die Blutung hörte nach Entfernung des Blutegels auf. Letzerer war vermutlich beim Trinken aus einer Quelle eingedrungen.

Coston: Ein Nasenpolyp von ungewöhnlicher Grösse, welcher von der Nasenscheidewand eines 12jährigen Kindes entsprang. (New-York med. Journ. 5. VIII. 1899.)

Das untere Ende eines Nasenpolypen ragte einen halben Zoll unter dem Rande des weichen Gaumens hervor. Beide Nasenhälften waren durch den Polypen verstopft. In frischem Zustand hatte der Polyp ein Gewicht von 30 gr. Er erwies sich als ein fast reines Myxom. Die 4 Polypen hatten einen gemeinsamen Stiel.

Hopmann: Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation etc. (Münch. med. W. 1899, Band 32.)

76 gr schweres Basisfibrom bei einem 11jährigen Knaben. Infolge der durch die Operation entstandenen grossen Höhle werden alle Consonanten, besonders aber die S-Laute schlecht gebildet, da die erforderliche Spannung der Luft nicht erzielt werden kann. Durch Tamponade der Nase wird dies sofort geändert.

Piaget: Schwere Blutung nach Operation der adenoiden Vegetationen bei einem Bluter. (Rev. hebdom. de Laryngologie 1899. Nr. 45).

14jähriger Knabe, dessen Allgemeinleiden zuvor nicht erkannt worden war. Zwei Ohnmachtsanfälle und schwere Blutung, letztere konnte erst nach vollständiger Tamponade der Nase und des Nasenrachenraumes zum Stillstand gebracht werden.

Onodi: Das Lipom der Mandel. (Arch. f. Laryng. 1899. Bd. 2.)

Nach einem kurzen Bericht über den bereits 1895 von O. veröffentlichten Fall von reinem Lipom der Mandel bei einem kleinen Kinde — gestielte, blassgelbe, 1 cm lange, $^1/_2$ cm breite, mit der Tonsille verbundene Geschwulst — beschreibt O. einen Fall von Fibroma lipomatosum bei einem 12jährigen Mädchen: blassgelbe, polypenförmige Geschwulst auf der rechten Mandel. Mikroskopisch zeigt die Geschwulst zum grössten Teil sklerotisches Bindegewebe. In der Mitte der $1^1/_2$ cm langen, 1 cm breiten Geschwulst sind zerstreut und in Gruppen angeordnete Fettzellen vorhanden.

Stucky: Entfernung der Mandel und adenoiden Vegetationen mit tödlichem Ausgang. (Annals of Otology etc. Mai 1899).

Der 15jährige Knabe hatte 2 Wochen lang an Tonsillitis und Peritonsillitis gelitten, welche noch durch kurzen „Stosshusten“ ver-

Digitized by Google

schlimmert wurden. Er hatte in kurzen Zwischenräumen Schüttelfröste und Congestionen nach dem Kopf, welche von starken Schweissen, vollem Pulse und einer Temperatur von 38,3° C. begleitet waren. Die linke Tonsille war stark vergrössert, die Mittellinie überragend, die Krypten mit Eiter gefüllt. Beide Gaumenbögen waren mit der Mandel verwachsen, die Gaumenbögen reichlich blutend und von Eiter durchtränkt; das Rachendach von adenoiden Vegetationen besetzt und mit übelriechendem Secret bedeckt. Es wurde allgemeine Septikämie diagnosticiert und zur Entfernung der Mandel und der adenoiden Veget. geschritten. 2 Stunden nach der Operation trat reichliche Blutung aus Nase und Mund auf. Blutstillung. Collaps. Es wurde keine bestimmte blutende Stelle gefunden, es fand ein allgemeines Sickern venösen Blutes statt, welches ebenfalls gestillt wurde. Besserung des Pulses. Transfusion heisser Salzlösung. 9 Stunden post operat. Exit. (Die Entfernung derartig entzündeter von Mikroorganismen völlig überschwemmter Mandeln muss entschieden bedenklich erscheinen. Ref.)

Havemann: Glückliche Entfernung einer Bohne aus dem rechten Bronchus eines fünfjährigen Mädchens. (Deutsche Ztschr. f. Chir. Bd. 50. Heft 3 und 4.)

Ein 5jähriges Kind verschluckte versehentlich eine mehrere Jahre alte schwarze Buschbohne. Der Schlund wurde bei der ärztlichen Untersuchung leer gefunden. In der zweiten Nacht kam es zu schweren Erstickungsanfällen, wodurch bei Fehlen jeder anderen Störung die Anwesenheit eines Fremdkörpers in den Luftwegen zweifellos erschien. Tracheotomie, um event. von der offen gehaltenen Wunde aus die Bohne zu erreichen. Kehlkopf und Luftröhre bei der Sondierung leer. Die Teilungsstelle der Luftröhre leicht erreichbar. Auf der rechten Thoraxseite abgeschwächtes Atemgeräusch und verkürzter tympanitischer Perkussionston bei schwacher Dämpfung, kein Rasseln oder klappende Geräusche. Links überall lautes Vesiculäratmen. Fieber bis über 39° abends. In der vierten Nacht wieder heftigere Anfälle von Atemnot, die ganz plötzlich einsetzen, ebenso plötzlich verschwinden und nicht lang dauern. Atmung dauernd beschleunigt, viel Husten. In der nächsten Nacht starke Verschlimmerung. Das Kind ist enorm blass, puls- und besinnungslos, nur ab und zu noch eine oberflächliche, schnappende Atembewegung. H. ging jetzt mit einer am Ende hakenförmig zusammengebogenen Silbersonde ein und berührte damit den Fremdkörper, ohne ihn fassen zu können. Das Kind begann aber wieder plötzlich zu atmen. Es ergab sich, dass die Bohne im rechten Bronchus beweglich steckte, trat sie durch irgend einen Umstand mit ihrem vorderen Abschnitte in das Lumen der Luftröhre, so verdeckte sie ganz oder doch zum grösseren Teil auch den linken Bronchus und dann trat Erstickungsnot ein; kehrte sie aber in die alte Stellung zurück, so konnte das Kind wenigstens mit der linken Lunge atmen. Die Bohne war also nur erreichbar im Augenblicke höchster Atemnot. Bei einem solchen Anfalle gelang es dann H., mit einem recht geräumigen, langgestielten, etwas abgestumpften scharfen Löffel, die Bohne aus der Trachealwunde herauszubefördern. Das Kind hustete danach ohne Unter-

Digitized by Google

brechung eine Viertelstunde. Allein die Atemnot war geschwunden. Eine Blutung blieb aus. Das Fieber verschwand und das Kind konnte nach wenigen Tagen geheilt entlassen werden. Die Maasse der Bohne betrugen: 1,75 : 0,90 : 0,65 cm.

Wagenhäuser: Taubheit im Verlaufe einer osteomyelitischen Erkrankung, bedingt durch Anaemie. (Arch f. Ohrenheilk. 46. Bd.)

Es handelt sich um einen Patienten, der wegen Osteomyelitis innerhalb weniger Monate zweimal operiert, im Anschluss an die erste Operation eine bedeutende Gehörsabnahme erlitt, aus der sich nach der zweiten vollkommene Taubheit entwickelt hat. Verf. erklärt sich den Zusammenhang in der Weise, dass bei dem durch Fieber und Eiterung herabgekommenen Kranken sich unter Einwirkung der mehrfachen operativen Eingriffe ein Zustand allgemeiner hochgradiger Anaemie entwickelt hatte, durch den der nervöse Apparat des Ohres schwer beeinträchtigt und in seiner Struktur und Funktion gestört und geschädigt worden ist.

Roche: Einfaches Behandlungsverfahren bei Epistaxis. (Brit. med. Journ. 1899. 10. Dez. II.)

In einigen Fällen von hartnäckigem Nasenbluten verwendete R. mit gutem Erfolg heisse Umschläge auf den Nacken. Dieselben können aus Leinsamen hergestellt werden, jedoch erweisen sich in heisses Wasser getauchte Umschläge in gleicher Weise erfolgreich. Das Verfahren ist bei seiner Einfachheit auch unter bescheidensten Verhältnissen anwendbar. Die Wirkung erklärt sich wohl durch den Einfluss auf die Blutgefässe durch die Vasomotoren.

Immunity to diphtheritic infection and reinfection after the use of antitoxin. Von R. W. Mardoen. (The med. chronicle. May 1900).

Von den 4 berichteten Fällen zeigen die beiden ersten, dass nach einem Diphtherieanfall die Immunität völlig nach Verlauf von 3 Wochen bereits aufgehört haben kann, wenn sie durch Antitoxin erreicht, der Anfall durch Antitoxininjection bekämpft wurde. In jedem Falle stellte der zweite Anfall durchaus eine Recapitulation des ersten dar. Während im 4. Falle als hervorragendes Moment, als unzweifelhaft prädisponierende Ursache für Diphtherie eine chronische Vergrösserung der Tonsillen bestand, war in den 3 anderen der primäre Infektionssitz laryngeal oder in intrapulmonal (unterhalb des Larynx). Hier kann nicht behauptet werden, dass der Anfallstypus für das Individuum etwas charakteristisches gehabt, noch dass die primäre Infektionsstelle eine besondere Prädisposition für eine nachfolgende Reinfektion erworben habe. Weiterhin könnte die Reinfektion abhängig sein von einer anderen Erkrankung desselben Krankensaales oder von der Unfähigkeit, von Bacillen frei zu werden, bevor die Immunitätsperiode abgelaufen ist. Thatsächlich lagen dem ersten Punkte entsprechende Verhältnisse vielleicht vor. Daraus resultiert die Notwendigkeit, die Antitoxininjection alle 3 Wochen zu wiederholen, solange der Patient der Infection ausgesetzt bleibt. Anderseits fällt oft genug, wie in einem Falle die bakteriologische Untersuchung, noch sehr lange nach dem Anfall positiv aus, ohne dass

Digitized by Google

Krankheitssymptome vorliegen. Die Frage, ob die Immunitätsdauer mit der Antitoxindosis in irgend einem Verhältnis steht, will Verf. aus den 4 Fällen nicht entscheiden. Praktische Bedeutung hat die Ansicht des Verf., dass während der Reconvalescenz von einem Diphtherieanfall die Antitoxininjektionen sofort wiederholt werden können, sobald irgend welche Symptome, besonders croupöse, erscheinen.

v. Boltenstern-Bremen.

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants. Von Bertheraud. (Gaz. hebd. de med. et de chir. 1900, 26.)

Die meisten der allgemeinen Symptome haben keine entscheidende Bedeutung (erbliche Belastung, äusserer Habitus, Polyadenitis, Gelenkveränderungen, vasomotorische, digestive, circulatorische Störungen, Leber- und Milzvergrösserung u. s. w.). Eine Reihe anderer Erkrankungen (langandauernde gastrointestinale Infection, Syphilis hereditaria u. a.) kann eine analoge Kachexie erzeugen. Umgekehrt kann bei der Tuberculose im Kindesalter die Kachexie fehlen, sogar der Eindruck einer blühenden Gesundheit bestehen. Die generellen Symptome können also nur einen gewissen Grad der Wahrscheinlichkeit bieten. Was die physikalischen Zeichen betrifft, so bestehen beim Kinde ebenso wie beim Erwachsenen den anatomischen Veränderungen entsprechend drei Formen von Lungentuberculose: acute granulöse Phthise oder acute Miliartuberkulose, acute pneumonische oder bronchopneumonische und gewöhnliche ulceröse Phthise. Die akute Miliartuberkulose ist im Kindesalter ungleich häufiger, als im späteren Leben. Meistens verläuft sie unter dem Bilde einer allgemeinen Infection (Typhus) durch Beteiligung der meisten Organe, in welchen die allgemeinen Symptome vorherrschen. Haben die Tuberkeln ihren Hauptsitz in den Lungen, so macht die Erkrankung den Eindruck einer subacuten bronchopulmonalen Infection. Die Diagnose dieser bietet manche Schwierigkeiten. Verwechselungen mit capillärer Bronchitis oder Influenza-Bronchopneumonie sind leicht möglich, da charakteristische Symptome nicht vorhanden sind. Die käsige Bronchopneumonie beginnt entweder plötzlich, wie eine einfache akute Bronchopneumonie oder öfter mehr schleichend, auch im Anschluss an andere Infectionen (Masern, Keuchhusten). Als besonders wichtig hebt Verf. die Intensität der Dyspnoe hervor. Auch sind katarrhalische Symptome, klingende oder knisternde Rasselgeräusche weniger ausgesprochen. Die übrigen Symptome bieten nichts besonderes. Der Verlauf ist manchmal langsam, schleppend, die Dauer beträgt mehrere Wochen, meist besteht deutliche Kachexie. Selbst wenn Remissionen eintreten, pflegt der Ausgang letal zu sein. Die Diagnose kann durch das Auftreten anderweitiger tuberkulöser Herde erleichtert werden, immerhin bleibt sie äusserst schwer und selbst auch bei der Autopsie. Die chronische Phthise entbehrt im Kindesalter, so wichtig die Dyspnoe, Pulsfrequenz, das Körpergewicht, die Konstatierung von tracheobronchitischer Adenopathie sein mögen, wegen der nur mangelhaft auszuführenden Untersuchung wirklicher pathognomonischer Zeichen.

Mit Vorsicht in ganz bestimmten Fällen angewendet ist das

Digitized by Google

Tuberkulin ein unschädliches und vorzügliches Reagens. Verf. wendete schwache Dosen an, mit $^1/_{10}$ Cubikmillimeter beginnend und $^4/_{10}$ nicht überschreitend und hat bei tuberculösen Kindern stets vorzügliche Reaktionen (Temperaturerhöhung, Pulsbeschleunigung, Fluxion in der Umgebung der Affektion usw.) ohne Nebenerscheinungen erhalten. Die Injection künstlichen Serums kann ähnliche Reaktion hervorrufen, sie hat indess nichts charakteristisches für Tuberkulose, da sie auch bei anderen Erkrankungen eintritt. Auch B. hat in 3 Fällen prompte Reaktionen erhalten, ohne dass die Diagnose durch Nachweis von Bacillen, durch Tuberculinreaktion oder gar durch den Verlauf gesichert wurde. Die Sputumuntersuchung ist behindert durch die Unfähigkeit der Kinder, auszuwerfen, die Gewohnheit, das Sekret zu verschlucken; Ref. empfiehlt daher das nötige Untersuchungsmaterial durch Magenausspülung, nachdem das Kind 5—6 Stunden vorher keine Nahrung erhalten, oder durch künstliches Erbrechen zu gewinnen. Meist gelingt es, fast unverändertes Bronchialsecret zu erhalten, in welchem der Nachweis nach den üblichen Methoden erfolgen kann. Die Radioskopie und Radiographie giebt bei Kindern keine so sicheren Resultate als bei Erwachsenen. Bei dieser Unsicherheit der Diagnose von Lungentuberculose bei Kindern empfiehlt es sich, alle diagnostischen Hülfsmittel gleichzeitig heranzuziehen, das eine durch das andere zu kontrolieren.

v. Boltenstern-Bremen.

Ueber Rückfälle. Von Lippmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr. 23.)

Verf. sah nach Ueberstehen von Scharlach ein Recidiv auftreten 36 Stunden, nachdem ein von der ersten Erkrankung zurückgebliebenes Drüsenpacket zur Erweichung gebracht war. Auf Grund dieser und ähnlicher Beobachtungen nimmt er nun an, dass es sich bei den Recidiven von Erysipel, akutem Gelenkrheumatismus, follikulärer Angina, Furunkulose, Influenza, Pneumonie u. ä. handle um eine Reininfection von einem im Körper zurückgebliebenen, bis dahin latenten Herde aus, der sich zeigen kann als vergrösserte Milz, geschwollene Drüsen, Infiltrationen, Verdickungen der Haut etc.

Diese Rückfälle treten fast stets auf in der Nachbarschaft der früher ergriffenen Stelle oder an dieser selbst. Sie sind oft milder als die erste Erkrankung, da die Virulenz der Erreger eine geringere geworden ist. Bisweilen entsteht daher nicht die erste Krankheit wieder, sondern eine ähnliche ätiologisch identische. Bei einem Knaben, welcher im 1. Lebensjahre Scharlach mit Angina überstand, wovon Drüsenschwellungen zurückblieben, wurde später häufigeres Erkranken mit Steifwerden des Halses, stärkerer Drüsenschwellung, Himbeerzunge mit leichtem Erythem oder auch ohne dieses beobachtet.

Die Entstehung der Herde wird erklärt durch die anatomischen Versuche und Untersuchungen Ribberts u. A. An der Stelle des Eindringens eines Infektionskeimes bildet sich um diesen ein Leukocytenwall, der umgeben wird von proliferierenden Gewebszellen, sodass die Infektionskeime temporär unschädlich gemacht werden. In diesen

Digitized by Google

Herden können sie selbst Jahrzehnte lang ruhen, ohne ihre Virulenz völlig zu verlieren.

Die Verletzung und Eröffnung dieser Herde geschieht durch Traumen (Rückfälle nach brisement forcé), oder durch besonders anstrengende oder ausgiebige Muskelkontraktionen. Die Rückfälle nach Erkältung erklären sich folgendermassen: Durch den Kältereiz kontrahieren sich die peripheren Gefässe und das Blut strömt unter grösserem Druck zu den zentralen Teilen. Beim Zurückströmen des Blutes in die peripheren Partien kann dann durch den entstehenden negativen Druck der Schutzwall um den Herd gesprengt oder die Krankheitserreger können angesogen werden. Aehnlichen Einfluss auf dle Gefässe und ähnliche Folgen haben psychische Erregungen.

Welche Schlüsse sich aus diesen Theorieen für die Anwendung von Massage, Ausschabungen etc. ergeben, ist deutlich.

M. Moltrecht-Halle.

Zur Frage der funktionellen Herzgeräusche im frühesten Kindesalter. Aus der Kinderpoliklinik des Privat-Docenten Dr. H. Neumann-Berlin. Von Swarzensky (Jahrb. f. Kinderheilk. 51. Band.)

Nach Hochsinger und Soltmann galt es bis vor Kurzem als feststehende Thatsache, dass bis in das vierte Lebensjahr hinein accidentelle Herzgeräusche bei Kindern nicht vorkamen. Hingegen hat in neuester Zeit Thiemich einen Fall veröffentlicht, ein 7 monatliches Kind betreffend, das zweifellos ein funktionelles systolisches Herzgeräusch darbot.

Einen weiteren hierher gehörigen Fall bringt Verf.: $1^1/_2$ jähriges Mädchen mit angeborener Lues. Elender Ernährungszustand, mässige Rachitis. Bei der ersten Untersuchung wurde am Herzen nichts Pathologisches entdeckt. 12 Tage später war ein leises, systolisches Geräusch an der Spitze hörbar, das auch die nächsten 14 Tage so blieb, um dann, zwei Tage vor dem Tode des Kindes, wieder zu verschwinden. Die Lunge zeigte bei der Aufnahme über dem rechten Unterlappen verschärfte Atmung, späterhin zahlreiches Rasseln. Bald erkrankte auch die rechte unter Bronchialatmen und Dämpfung. Kein Fieber. Die Diagnose lautet bezüglich des Herzens auf angeborenen Herzfehler. Die Sektion ergab indessen bei leicht erweitertem rechten und normal weitem linken Ventrikel intakte und zarte Klappen. Die Herzmuskulatur war hochgradig anämisch. Das Septum ventriculorum war geschlossen, der Ductus Botalli obliteriert, das Foramen ovale für die Sonde durchgängig. Somit kann es sich hier nur um ein anorganisches Herzgeräusch gehandelt haben.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Untersuchungen über die pathogene Wirkung der Milchbacterien, welche man mit dem Namen der Caseïnfermente oder proteolytischen Bacterien bezeichnet. Von R. Jemma. (Rev. mens. des mal de l'enf. Bd. XVIII, 1900.)

Verf. hat die bekannten Flügge'schen Untersuchungen über die proteolytischen Bacterien einer Nachprüfung unterzogen. Es gelang

Digitized by Google

ihm, nur drei Varietäten dieser Microorganismen aus der Marktmilch zu isolieren. Die mit diesen angestellten Versuche führten zu folgenden Resultaten:

1) Der am häufigsten gefundene Bacillus, welcher zur Gruppe des bacillus subtilis gehört, hat auf die im Laboratorium gewöhnlich verwendeten Tiere keine pathogene Wirkung.

2) Diejenige Form, welche der Gruppe des bac. mesentericus vulgatus angehört, wirkt, wenn sie in grossen Mengen auf die Darmschleimhaut gebracht wird, pathogen, nicht aber, wenn sie ins Peritoneum, Blut oder unter die Haut eingeführt wird. Danach scheint die pathogene Wirkung nicht von ausgeschiedenen Toxinen abzuhängen, sondern von Störungen, welche die Bacterien im Darminhalt hervorrufen.

3. Der bacillus butyricus-Hüppe und dessen verwandte Arten sind, wenn sie aus der Milch isoliert sind, fast nie pathogen.

Bei allem wissenschaftlichen Interesse, welche die Flügge'schen Arbeiten selbstverständlich haben, muss doch hervorgehoben werden, dass im Gewöhnlichen von diesen Bacterien bei genügender Sauberkeit und ausreichender Sterilisation keine Gefahr droht; denn die Sporen dieser Microorganismen, welche durch Erhitzen auf 100° nicht abgetötet werden, brauchen zu ihrer Entwicklung und Wirkung eine gewisse Zeit, vor deren Ablauf die Milch längst in den meisten Fällen verbraucht ist. Behrens-Karlsruhe.

Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. Von Arthur Keller. (Centralblatt f. innere Medicin, 1900, 16).

Diese Frage wird von den Kinderärzten bekanntlich in sehr verschiedener Weise beantwortet. Unzweifelhaft steht fest, dass eine häufige Fütterung (in 2 stündlichen oder kürzeren Pausen) oft genug Ursache von Magen-Darmerkrankungen und ihren Folgeerscheinungen ist selbst unter den günstigsten Bedingungen betreffs Art der Nahrung, Pflege des Kindes u. s. w. Eine Schädigung des Kindes ist insbesondere nicht ausgeschlossen, wenn es erkrankt. Der unruhige, leicht unterbrochene Schlaf verleitet oft genug dazu, dem Kinde, in dem Wahne, dass es hungere, häufig Nahrung zu reichen. Auch Aerzte gehen von der Meinung aus, dass es beim Bestehen von schweren Magen-Darmerkrankungen nur durch $^1/_2$ stündliche Intervalle gelingt, dem kranken Kinde bei seinem geringen Nahrungsbedürfnis genügend Nahrung zuzuführen.

Auf der Breslauer Klinik erhalten gesunde wie kranke Säuglinge niemals mehr als 5 Mahlzeiten in 24 Stunden. Auf diese Verordnung führt K. nicht zum wenigsten die Ernährungserfolge zurück. Ihrer Durchführung steht die andauernde Unruhe der Kinder nicht entgegen. Die Kinder sind nur in den ersten Tagen nach der Aufnahme in die Anstalt unruhig und schreien ev. viel, bald aber gewöhnen sie sich an das neue Regime. Gegen kurze Nahrungspausen sprechen auch die Resultate von Czerny's Untersuchungen an gesunden und kranken Säuglingen. In Findelhäusern etc. kamen bei Ernährung sämtlicher Säuglinge in kurzen Nahrungspausen bedeutend mehr Erkrankungen vor, als bei geringerer Anzahl der Mahlzeiten pro Tag.

Digitized by Google

Einschränkung der Mahlzeitenzahl genügt oft, um die Symptome einer Magendarmstörung zum Verschwinden zu bringen. Dass ein Kind bereits kurze Zeit nach einer Nahrungsaufnahme angebotene Milch wieder trinkt, ist kein Beweis für das Nahrungsbedürfnis. Da der gesunde Magen eines Brustkindes in $1^1/_2$—2 Stdn. nach der Nahrungsaufnahme entleert wird und nach $^5/_4$ Stnd. freie HCl enthält, bei Kuhmilchernährung 3 resp. 2 Stdn. erforderlich sind, verlangt C. als Minimum der Pausen bei ersterem 3, bei künstlich genährtem Kinde mindestens 4 Stdn. Bei beständiger Belastung des Magens nimmt die HClSecretion, sowie die motorische Funktion auch beim gesunden Kinde ab. Beim kranken sind selbst 4—5 Stdn. nach der Mahlzeit noch Nahrungsreste im Magen, fehlt freie HCl. Die Zeit, während welcher der Magen leer ist, erscheint notwendig zur Erhaltung der motorischen und sekretorischen Funktion des Magens auf normaler Höhe.

Verf. liefert einen Beitrag zu der Frage, wie die Verdauung und Ausnutzung der Milch beim kranken Säugling geändert wird, wenn 2 Stdn. nach der Mahlzeit in dem noch vollen Magen, welchem freie HCl fehlt, neue Nahrung eingeführt wird, durch einige Stoffwechselversuche an kranken Säuglingen. In der Nahrung, im Harn und Koth wurde N und $P_2 O_5$ bestimmt und so Zahlen erhalten, welche Pn. für die Charakteristik des Eiweissstoffwechsels ausreichend sind. Da unter dem Einfluss der 2 stündlichen Ernährung die Symptome von Seiten des Magen-Darmtractus und das Verhalten des Körpergewichts eine Verschlimmerung der Ernährungsstörungen anzeigten, war die Ausdehnung des Versuches, dieselbe Nahrung in gleicher Menge in 4stündlichen Pausen zuzuführen, ausgeschlossen. Zum Vergleich mussten also die Resultate der an anderen gleichaltrigen kranken Kindern bei derselben Ernährung durchgeführten Versuche herangezogen werden. Gleichviel ob wir einen Säugling in 4- oder 2 stündlichen Pausen ernähren, die Resorption und Retention von Stickstoff und Phosphor, also die Ausnutzung der Eiweisskörper wird durch die längere Dauer der Intervalle nicht beeinflusst. Daraus ist also die Frage, wie oft ein Kind Nahrung erhalten soll, nicht zu entscheiden. Die Schädlichkeiten einer 2 stündlichen Ernährung sind offenbar in anderer Richtung zu suchen.

v. Boltenstèrn-Bremen.

Die hypertrophische Dilatation des Dickdarms beim Kind. Von A. Johannessen. (Rev. mens. des mal de l'enf Bd. XVIII, 1900).

Es werden drei instruktive Fälle dieser seltenen Krankheit mitgeteilt; alle drei betrafen männliche Kinder. Die Symptome stimmen mit den von allen andern Autoren beobachteten überein und sind folgende: Bald nach der Geburt zeigt sich eine Parese des Darms; die Häufigkeit der Entleerungen ist sehr verschieden, die Intervalle können mehrere Tage, Wochen, ja Monate betragen. In einem Fall dauerte es 33 Tage, bis Stuhlgang erfolgte. Es entwickeln sich auch Diarrhoeen dazwischen von verschiedener Intensität und Dauer. Der untere Teil des Abdomens ist sehr stark vergrössert. Diese Erscheinung tritt sehr bald nach der Geburt auf und erreicht event. ganz enorme Dimensionen. So betrug z. B. bei einem 14 Monate

Digitized by Google

alten Kinde der Leibesumfang 72 cm. Hier und da wird Erbrechen beobachtet, aber seltener, als man zu glauben geneigt ist. Der Allgemeinzustand ist relativ gut, in einem Falle wurde eine schnelle und bedeutende Gewichtszunahme konstatiert. Pathologisch-anatomisch findet sich neben der kolossalen Verlängerung des S. romanum eine starke Verdickung der Wandungen. In der ersten Beobachtung J.'s fand sich noch eine ulceröse Colitis. Von den drei Fällen endigte übrigens nur dieser eine letal. Die Ursache dieser Affektion ist in kongenitalen Anomalien zu suchen, was die Dilatation betrifft. Die Hypertrophie bildet sich erst nach der Geburt in Folge der Faecalstauungen, welche Ernährungstörungen in den Darmwandungen u. s. w. hervorruft, aus. Die Behandlung besteht in Darmausspülungen, Massage, leichten Abführmitteln, Elektrisieren der Dickdarmgegend und allgemeiner Pflege. Behrens-Karlsruhe.

Appendicitis mit anomalem Beginn. Tod in 10 Tagen. Von Breton. (Rev. mens. des mal. de l'enf. Bd. XVIII, 1900.)

Ein dreizehnjähriges Mädchen, welches schon längere Zeit an einem chron. Darmkatarrh litt, erkrankte plötzlich mit heftigem Erbrechen und Kopfschmerzen. Es bestanden keine Schmerzen im Abdomen, der Leib war vollständig weich, Puls und Temperatur normal. Das einzige, was auffiel, war ein verfallener Gesichtsausdruck und Tiefliegen der Augen. Der Zustand blieb so einige Tage, nur stellten sich etwas Fieber und Diarrhöen ein, das Abdomen blieb aber weich und schmerzlos, ja das Allgemeinbefinden besserte sich etwas. Am dritten Krankheitstag stellte sich etwas Druckempfindlichkeit oberhalb der Symphyse ein und der Leib war ein wenig aufgetrieben; in der rechten Fossa iliaca und am Mc. Burney-Punkt keinerlei Schmerzen. Abends stieg das Fieber auf 39° und der Puls betrug 132 p. m. n.; eine erneute Untersuchung ergab eine undeutliche Resistenz in der rechten Iliacalgegend. Die vorgeschlagene Operation wurde am folgenden Morgen ausgeführt. Das Abdomen war ganz meteoristisch geworden u. der Mc. Burney-Punkt war etwas ausgesprochen. Puls klein, starkes Verfallensein des Gesichts. Nach Oeffnung des Abdomens entleert sich eine stark fötide, seröse Flüssigkeit; man gelangt in eine grosse Höhle, die nur nach unten und den Seiten abgeschlossen ist. Ein Proc. vermiformis ist nicht zu finden. Die Höhle wird nach oben tamponiert. Nach der Operation eine Injektion eines Liters Serum unter die Haut. In den folgenden Tagen entwickelte sich eine allgemeine septische Peritonitis; es bestand anhaltendes Erbrechen. Die Kräfte konnten nur durch Seruminjektionen erhalten werden. Am 10. Tage erfolgte der Tod.

Der Fall ist charakterisiert durch das späte Auftreten der typischen Symptome, was einen frühzeitigen operativen Eingriff verhinderte. Behrens-Karlsruhe.

Salol and petroleum in the treatment of infantile diarrhoea. Von W. E. Fothergill. (The med. chron. 1900, April.)

Unter 71 Fällen von Sommerdiarrhoe bei Kindern im Alter von 2 Monaten bis 2 Jahren betrafen nur 8 Brustkinder, von denen eines

Digitized by Google

starb. Von den übrigen 63 starben 3. In 8 Fällen erzielte die alleinige Medication von Salol oder Petroleum kein befriedigendes Resultat: eine Aenderung in der Diät und dem Gebrauch von Heilmitteln war erforderlich. In 36 Fällen, darunter bei 4 Brustkindern, wurde Salol allein in 3—4 stündlichen Dosen von 0,03—0,2 verordnet. Zweimal trat eine Verschlimmerung des Zustandes und trotz veränderter Therapie der Tod ein. Sechsmal war der Erfolg mittelmässig: Die langsame Wiederherstellung erforderte die Zuhilfenahme von Wismuth und Opium. 28 Kinder genasen allein durch Salol meist unter schneller Besserung und Erzeugung normaler Stühle in 2—7 Tagen. In ersteren Fällen hörte das Erbrechen nicht gleichzeitig mit der Diarrhoe auf, in einigen Fällen wurde es sogar durch Salol erzeugt. Auch der begleitende Husten wurde wenig beeinflusst, erforderte eine besondere Behandlung, vielleicht weil die Pulverform des Medikaments ein mechanisch reizendes Moment abgab. — Petroleum wurde in Form einer 33% Emulsion in 34 Fällen mit 4 Brustkindern angewendet. Die gewöhnliche Dosis für ein Kind von einem Jahre enthielt 0,0012 Petroleum. Ein Fall endete letal trotz Einleitung einer anderen Therapie. In zwei Fällen war das Resultat nicht befriedigend. Nach Verlauf von einer Woche musste Petroleum durch Salol ersetzt werden. Die übrigen 31 Patienten erholten sich schnell und ohne anderweitige Therapie. Störungen seitens des Magens wurden in keinem Falle beobachtet. In der Regel hörte das Erbrechen schon vor der Diarrhoe auf. Nach 2—3 Dosen wurden die Darmentleeruugen weniger zahlreich. Geruch, Farbe, Consistenz der Faeces wurden schnell normal. Der begleitende Bronchialkatarrh wurde häufig günstig beeinflusst.

v. Boltenstern-Bremen.

Ueber die Ausscheidung einiger Zuckerarten durch den Urin, welche bei Kindern in den Verdaungstract oder subcutan eingeführt wurden. Von P. Nobécourt. (Rev. mens. des mal. de l'enf Bd. XVIII, 1900).

Verf. berichtet über Versuche alimentärer Glycosurie, welche er an Kindern unter dem Alter von 3 Jahren angestellt hat. Er benutzte Lactose, Saccharose, Glucose, letztere auch subcutan. Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Beobachtungen, deren Einzelheiten hier nicht wiedergegeben werden können, zieht, sind folgende: „Die Darmschleimhaut ist mit einem sehr ausgesprochenen Intervertierungsvermögen der Lactose gegenüber ausgestattet. Sie transformiert die beträchtlichen Mengen von Lactose, welche mit der Milch in den Darm eingeführt werden und ist im Stande, Mengen umzuwandeln, welche auf ein Mal eingeführt werden und grösser sind, als die, welche in der Milchquantität einer Saugflasche enthalten sind. Es scheint, dass im Allgemeinen diese Eigenschaft beim Kind ausgesprochener ist wie beim Erwachsenen; doch giebt es zahlreiche Ausnahmen.

Die Darmschleimhaut des Kindes besitzt in gleicher Weise die Eigenschaft, die Saccharose zu intervertieren; um die Wirkung auf diesen Zucker mit der bei Lactose zu vergleichen, muss genau der Lösungsgrad in Rechnung gezogen werden; sie scheint bei beiden gleich zu sein, wenn man mit gleich starken Lösungen experimentiert.

Digitized by Google

Mit der Lactose und Saccharose wurde beim normalen Kind keine Glycosurie beobachtet. Der Organismus des Kindes übt eine sehr starke Wirkung auf die Glucose aus, mehr wie der des Erwachsenen. Auch der Versuch alimentärer Glycosurie hat, wenn er positiv ausfällt, wie es bei mehreren Rachitikern konstatiert wurde, in diesem Alter einen grossen Wert.

Diese Wirkung auf die Glycose scheint nicht auf die Leber beschränkt zu sein, sondern sich bei allen Geweben zu finden."

Behrens-Karlsruhe.

Beiträge zur Kenntnis der Harnröhrendiverticula der Knaben. Von Bòkay (Magyar Orvosi Archivum 15. April 1900. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 24, 1900.)

B. teilt die Divertikel in wahre und falsche ein. Die ersteren können kongenitalen und nichtkongenitalen Ursprunges sein. Sämtliche bisher beschriebenen Fälle (14 an der Zahl) gehören zur kongenitalen Form, dazu kommen noch drei vom Verfasser selbst beobachtete Fälle. Auf Grund dieser Casuistik kommt B. zur Schlussfolgerung;

1) Dass die Urethralklappen bei der Entstehung der Divertikel eine nebensächlche Rolle spielen,

2) Dass die kongenitalen Divertikel wohl manchmal schon sofort nach der Geburt erkannt werden, wenigstens aber lange Zeit hindurch keine pathologischen Erscheinungen verursachen und Jahre hindurch der Aufmerksamkeit entgehen.

Die Prognose der wahren Divertikel ist ohne Operation höchst traurig, gestaltet sich aber durch operativen Eingriff sehr günstig. Die Operation besteht in der Aufschlitzung des Divertikels, darnach wird ein bogenförmiger Teil entfernt, wodurch das normale Caliber der Urethra hergestellt wird. Die falschen Harnröhrendivertikel entstehen auf zwei Arten:

1) Durch Striktur oder innere Urethraverletzung oder Urethrastein bildet sich ein Abscess in der Umgebung, welcher, in die Urethra einbrechend, zu einem Divertikel wird;

2) Durch ein äusseres Trauma entsteht ein Abscess in der Umgebung der Urethra und verändert sich später zu einem Divertikel. Solche falsche Divertikel wurden bei Kindern kaum beobachtet; B. teilt einen Fall mit, wo durch einen Blasenstein ein Divertikel entstand.

Goldbaum-Wien.

Ueber Kufekes Kindermehl. Von Em. Epstein. (Deutsch. Ausg. von Gyark. Orv. No. 16, 1900.)

Verf. fasst seine Erfahrungen über Kufeke's Kindermehl in folgenden Schlusssätzen zusammen:

1. Das Mehl wird von Säuglingen sowohl, als auch von grösseren Kindern gern genommen, wenn es dem Alter und der Individualität entsprechend mit sterilisierter Milch (gut aufgekocht) gemischt wird. Die Einzeldosis ist $^1/_3$—1 Kaffelöffel Mehles, wovon die Suppe resp. Milch immer frisch bereitet werden soll, wenn dies die Verhältnisse erlauben. Vergesslichen Müttern oder solchen mit geringer Intelligenz muss die Bereitungsweise nahegelegt werden, umsoeher, weil nach

Digitized by Google

meiner Erfahrung die Kinder viel lieber haben, wenn ihnen dieses Nahrungsmittel gut bereitet gegeben wird, in conträren Fällen kann die Wirkung sogar ganz ausbleiben. Im Falle sich Kinder weigern sollten, die reine Suppe oder die Mischung mit Milch anzunehmen, so ist es sehr ratsam, die Flüssigkeit etwas zu zuckern.

2. In keinem der Fälle verursachte das Mehl nicht nur keinen Magenkatarrh, sondern wie dies die angeführten Fälle beweisen mögen, werden bei exclusiver Anwendung der Kufeke-Suppe die schon bestehenden Magenkatarrhe binnen 1—3 Tage unbedingt und sicher zum Stillstand gebracht. Es muss jedoch bemerkt werden, dass in derartigen Fällen ein jedwedes Getränk oder jedwede Nahrung (abgesehen von einem Kaffeelöffel kalten oder eiskalten Cognac-Thee) untersagt und selbst die Kufeke-Suppe nur in der Zwischenzeit von 4—6 Stunden gegeben werden darf.

3. In keinem einzigen Falle zeigte sich Darmkatarrh. Ich glaube eben den Hauptwert dieses Mehles darin zu finden, dass seit langer Zeit, seit Monaten bestehende Darmkatarrhe, welche den verschiedensten Medikamenten trotzten, nach Anwendung des Kufeke-Mehles in kurzer Zeit gebessert und sogar gänzlich geheilt wurden. Die Kinder, abgezehrt und verkümmert durch die lang anhaltenden Darmkatarrhe, bekamen wieder ihre gute Farbe und nahmen merklich zu.

4. Bei Sommerkatarrhen (Magen- und Darm-) hat sich Kufeke's Mehl ausgezeichnet bewährt und kann in den meisten Fällen als wirkliches Medikament betrachtet werden.

5. Das Körpergewicht erfährt eine mit den Wägungen kontrolierbare Zunahme. Ich muss hier besonders betonen, dass, obzwar Kufeke's-Suppe tagelang verabreicht werden kann und kraft der in derselben enthaltenen nahrhaften Bestandteile zur Aufrechterhaltung des Organismus vollständig genügt, so ist doch die Gewichtszunahme ein Effekt, welcher zumeist der Mischung des Mehles mit Milch zugeschrieben werden muss.

6. Seiner chemischen Eigenschaft, der Dauerhaftigkeit, der Billigkeit und der in den Handel gebrachten entsprechenden Emballage wegen verdient Kufeke's Mehl den Vorzug vor den übrigen Nährmehlen.

In Folge dessen kann ich das Mehl, welches ich in geeigneten Fällen auch in der Zukunft nach Möglichkeit anwenden werde, auf Grund meiner Erfahrungen den geehrten Kollegen auf's Wärmste empfehlen. S.

Die Häufigkeit des Zahncaries bei Kindern und deren Bekämpfung. Von Berger. (Arch. f. Kinderheilk. 28. Bd. V. und VI. Heft.)

Während wir wissen, dass gesunde Zähne und intacte Mundhöhlen einen Schutz bieten gegen infektiöse Krankheiten, kann man aus den Statistiken nachweisen, dass die Zahncaries des Kindes und im Allgemeinen der Menschheit von Tag zu Tag grössere Dimensionen annimmt. Nach Römer ist die Caries der Zähne, die verbreitetste Erkrankung und geht mit dem Fortschritt der Kultur und der Verfeinerung der Speisebereitung analog. In der Schweiz fand man 1891 bei Kindern von 7—14 J. das Gebiss in 94,2 Proc. cariös

Digitized by Google

in Schweden in 97,27 Proc.; in England und Schottland in 76,78—87,3 Procent; in Hamburg in 96,25—98,5 Proc.; in Würzburg in 81,3 bis 84,6 Proc.; in Kaiserslautern in 99,05 Proc.; in Freiburg und Thüringen in 98,35—79 Proc.; in Schleswig-Holstein 95 Proc.; in Finnland 90 bis 95 Proc.; in Ungarn 87,2 Proc.

Aus Untersuchungen Röse's erhellt, dass an kalkarmem Boden die Cariesfrequenz viel grösser ist, als an kalkreichem. An solchen Orten, wo man die Speisen weich kocht, wo man das weiche, klebrige Weizenbrot geniesst, ist die Cariesfrequenz (München) grösser als dort, wo man das harte, zähe Roggenbrot isst.

Je gesünder das Individuum, um so weniger Cariesfrequenz. Die Frage, wie sich Caries entwickelt, ist noch nicht mit voller Sicherheit zu beantworten. Augenblicklich nimmt man chemisch-parasitäre Noxen an: die Schmelzsubstanz soll durch die in statu nascendi ausgeschiedene Milchsäure angegriffen und delcalciniert werden. Zur Entstehung von Milchsäure ist durch Gährung aus den Kohlehydraten reichlich Gelegenheit vorhanden. Durch die ihrer Schmelzsubstanz beraubten Stellen dringen die in der Mundhöhle anwesenden Bakterien in die Dentinkanälchen ein und zerstören diese.

Der Zahn wird gegen die Destruction durch die Schmelzsubstanz geschützt; je dicker und stärker diese ist, um so widerstandsfähiger ist er. Die stärkere Entwickelung der Schmelzsubstanz geht aber in der Regel proportional der stärkeren Entwickelung der Zähne und Knochen. Bei rachitischen Kindern ist die Schmelzsubstanz fehlerhaft, schwächer und so sind diese Kinder für Caries empfänglicher.

Eine Prophylaxe kann schon während des Uterinlebens beginnen. Die Mutter muss sich während der Schwangerschaft mit reichlich eiweisshaltigen Stoffen, Gemüsen und viel Milch ernähren, in der Absicht, die Knochenbildung des Kindes zu verbessern. Nach der Geburt soll der Säugling mit guter Milch ernährt werden; dies ist besonders bei den ärmeren Volksschichten wichtig, wo die Ernährung der Mutter auch sonst schlecht ist. Man muss gleichzeitig die Mundhöhle reinhalten; zu diesem Zwecke wäscht man sie mit einem in schwaches Natr. bicarb. getauchten, weichen, reinen Leinwandläppchen aus. Man entwöhne das Kind im 9.—10. Monate von der Mutterbrust und gewöhne das Kind langsam an festere Kost.

Man übe die Kinder auf energisches Zerkauen ein, damit der sich schon bildende permanente Zahn kräftiger und blutreicher werde. Wenn die Zähne schwach sind, ist die Darreichung von Phosphor und Eisenpräparaten empfehlenswert. Notwendig ist auch, dem Kinde spielend den Gebrauch der Zahnbürste anzugewöhnen. Im Handel befindliche Mundpasten und Mundwässer lasse man nie gebrauchen; viel zweckmässiger ist es, dass der Arzt selbst ein indifferentes Mundwasser oder Zahnpulver empfiehlt. Das Zahnpulver muss alkalisch sein, nicht zu hart, damit die Schmelzsubstanz nicht abgewetzt werde. Das Beste ist hier Calc. carbon. praecip. mit Seife und irgend ein ätherisches Oel darin. Das Mundwasser bestehe aus Alkohol, Zinkchloral, Thymol oder aus anderen neutralen Antisepticis.

Sind Milchzähne cariös geworden, so behandle man sie conservativ; zeitliche Extraction muss man vermeiden. Bei der zweiten

Digitized by Google

Dentition achte man darauf, dass die Milchzähne nicht allzulange in dem Kiefer bleiben, sonst wachsen die permanenten Zähne unregelmässig und werden dadurch leichter cariös; abgesehen davon, dass überdies die Zähne zusammengedrängt und unschön werden, leidet dabei auch die Articulation.

Schnell-Egeln.

Neuere Beiträge zur Haematologie der Neugeborenen. Von Schiff. (Orvosi Hetilap. 10. Juni 1900. Klinisch-therapeutische Wochenschrift Nr. 27, 1900.)

Das specifische Gewicht des Blutes der Neugeborenen zeigt individuell verschiedene absolute Zahlen, da Sch. dieselben bei seinen Fällen in den ersten zehn Lebenstagen zwischen 1,080 und 1,060 variieren fand, und zwar in der Weise, dass in den ersten sechs Tagen die Werte 1,070—1,080 vorherrschten, vom 6—10. Tage hingegen jene zwischen 1,060 und 1,070. Den höchsten Wert erreicht das specifische Gewicht am 1. Lebenstage (im Durchschnitte 1,0760), von da angefangen nimmt es stufenweise ab bis zum 10. Tage (Durchschnittlich bis 1,0652). Das Mass der Abnahme von einem Tage zum anderen beträgt 0,001 im Durchschnitt, in 10 Tagen also insgesamt 0,010. Das specifische Gewicht der Neugeborenen ist bei Nacht höher als bei Tag; die Differenz ist am grössten während der ersten drei Lebenstage (durchschnittlich 0,003), vermindert sich in den späteren Tagen stufenweise (im Durchschnitte bis zu 0,002—0,01). Einen Einfluss auf das specifische Gewicht des Neugeborenen besitzt: 1) deren Entwickelung, da besser entwickelte Neugeborene höhere Zahlen aufweisen, als die minder entwickelten; 2) die Abbindungsweise der Nabelschnur, indem die 10 tägigen Durchschnittswerte der spät. Abgebundenen höher sind. Absolut keinen Einfluss besitzt: 1) das Geschlecht der Neugeborenen und 2) die Abstammung von einer Primipara oder Multipara. — Ein vermindertes specifisches Gewicht fand Verf. bei jenen Neugeborenen, die einen Icterus neonatorum überstanden hatten; dieser Unterschied zeigt sich aber erst vom 4. Tage an, er beträgt zu Gunsten der Nichticterischen oft 0,003. Ein engerer Zusammenhang zwischen dem specifischen Blutgewichte und dem Haemoglobingehalte oder der Zahl der roten Blutkörperchen besteht nicht; hingegen ist es wahrscheinlich, dass die Nationalität einen bestimmt nachweisbaren Einfluss auf die Zusammensetzung des Blutes ausübt.

Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Gesundheitspflege.

Ueber die geistige Ermüdung kleiner Schulkinder. Von Schuschny. (Arch. f. Kinderheilk., 28. Bd., V. und VI. Heft.)

Während es eine Reihe von Methoden giebt, welche darauf abzielen, die geistige Ermüdung grösserer Schüler zu messen, ist man bei kleinen Kindern allein auf die Beobachtung angewiesen.

Die Folgen der längere Zeit hindurch angestrengten Geistesarbeit machen sich in Form einer entschieden herabgesetzten geistigen Leistungsfähigkeit geltend. Der Schüler verliert die Fähigkeit, dem Unterricht zu folgen, es entsteht Unaufmerksamkeit und zumal an wärmeren Tagen schläft der Schüler ein. Um die Unaufmerksamkeit nicht in Wirksamkeit treten zu lassen, ist es nötig, dass die Geistesarbeit durch Pausen unterbrochen wird, während welcher dem Geiste Gelegenheit zur Erholung geboten wird. Diese Pausen dürfen nicht mit den bürgerlichen Stunden zusammenfallen. Sie müssen öfter eintreten und gleichzeitig dazu benutzt werden, um die Schulzimmerluft durch Fensteröffnen zu verbessern. Abwechslung der Unterrichtsgegenstände ist zwar auch als Geisteserholung fördernd anzusehen, kann aber eine Pause keineswegs ersetzen.

Man sorge auch für öftere Einschaltung von Ruhetagen, die für die Hygiene des Geistes von grossem Nutzen sind. Nach Eulenburg ist die Ferienordnung derart umzugestalten, dass häufigere und hürzere Unterbrechungen des Schulunterrichts vor längeren und selteneren den Vorzug verdienen.

Kürzere und längere Pausen sollten zu Bewegungsspielen, Baden, Handfertigkeitsunterricht, Schulspaziergängen ausgenützt werden. — Der Unterricht beginne um 9 Uhr Morgens, damit dem Kinde zu einer längeren Schlafdauer Gelegenheit geboten werde.

Die Stundeneinteilung sei eine solche, dass auf schwerere Gegenstände leichtere folgen. Da das Sitzen in schlechten Subsellien die schlechte Haltung des ermüdeten Kindes fördert, so müssten gute, den Körpermaassen des Schülers entsprechende Subsellien angewendet werden.

Schnell-Egeln.

Ueber die Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose durch die Kuhmilch und über Massregeln zur Abwehr dieser Gefahr. Vier Vorträge. Mit einem Vorwort und einem Schlusswort herausgegeben von Oekonomierat Boysen. Leipzig 1900, M. Heinsius Nachf., gr. 8°, 68 Seiten. Preis 1 M. 50 Pf.

Die wissenschaftliche Erkenntniss, dass die Milch insbesondere bei sorgloser Behandlung grosse Gefahren in ihrer Eigenschaft als Nahrungsmittel in sich birgt, dass sie ein vorzüglicher Träger und Nährboden für Infectionserreger, namentlich für Tuberkelbacillen und daher geeignet ist, dem menschlichen und vorzugsweise dem zarten jugendlichen Organismus ernste Gefahren zu bringen, ist in weitere landwirtsehaftliche Kreise vorgedrungen. Mit Freuden begrüsst die ärztliche Welt es, dass ihr gerade in dieser vorzüglich beteiligten Gruppe der Mitmenschen ein Mitstreiter in dem auf allen Linien aufgenommenen Kampf gegen diesen Erbfeind des menschlichen Ge-

Digitized by Google

schlechtes, die Tuberkulose erwachsen ist. Freilich werden von landwirtschaftlicher Seite die ärztlichen Forderungen nicht voll anerkannt, als zu weitgehend und sowohl der producierenden Landwirtschaft als auch der Volksernährung nachteilig bezeichnet. Die Vortragenden auf der Generalversammlung des deutschen Milchwirtschaftlichen Vereins am 13. Februar 1900 bemühen sich nachzuweisen, dass die Bestrebungen der namentlich auf dem Tuberkulose-Kongress geforderten hygienischen Bedingungen entraten werden müssen, wenn die Landwirtschaft vor empfindlichen Schaden bewahrt bleiben soll. Das Ziel soll sein: Sanirung der Milch durch Sanirung der Viehbestände. Ueber die Verbreitung der Tuberkulose unter dem Rindvieh und die Sanirung der Milchviehbestände durch Ausrottung der eutertuberculosen Kühe referiert Obertierarzt Kühnau-Hamburg. Er erläutert den Entwurf eines bez. Reichsgesetzes, von welchem weiter unten die Rede ist. Gutsbesitzer Waldeyer-Bad Driburg erörtert die hygienischen Maassregeln des Landwirtes zur Bekämpfung der Tuberkulose unter seinen Rindern. Prof. Weigmann-Kiel spricht über die Gefahr der Uebertragung der Tuberkulose durch Milch und Milchprodukte auf den Menschen und über die seitens des milchwirtschaftlichen Gewerbes zu ergreifenden Massregeln zur Abwehr dieser Gefahr. Das Schlusswort des Herausgebers giebt den in seiner Form festgestellten „Entwurf eines Reichsgesetzes, betreffend die Abwehr und Unterdrückung der Eutertuberculose der Kühe" wieder, welcher dem Reichskanzler unterbreitet werden soll. Die wichtigsten Bestimmungen des Entwurfs sind: Verbot von mit Tuberkulose behafteten Kühen, Einführung und Verkauf von Milch in jeder Gestalt nur nach vorheriger Erhitzung auf mindestens 85 ° C., sachverständige Untersuchung des Milchviehbestandes in dreimonatlichen Zwischenräumen, Verbot der Weggabe verdächtiger Kühe ausser zur Abschlachtung, Verbot der Verwertung der Milch solcher Tiere ausser nach Erhitzung auf 85 ° C., Abschlachtung jeder Kuh, welche mit Euter- oder allgemeiner Tuberculose behaftet ist, deren Milch Tuberkelbacillen aufweist u. s. w. Der Inhalt des Entwurfs geht also thatsächlich weiter, als der Titel anzuzeigen scheint. Zu den wichtigsten Mitteln wird die allgemeine Durchführung des Pasteurisierens oder des Kochens der Fütterungsmilch gerechnet. Aber nicht Molkereien allein, sondern alle milchwirtschaftlichen Betriebe, welche zur Viehfütterung Milch abgeben, sollen dem Zwange unterstellt werden. Eine leicht verständliche Belehrungsschrift soll ausserdem über die in Aussicht genommenen Mittel, welche weder in Gesetzesform gekleidet noch zwangsmässig ausgeübt werden können, weitere Kreise belehren. Mögen die Anregungen, welche der Verein gegeben, einen fruchtbaren Boden finden, und bald merkliche Spuren hinterlassen, um eines der wichtigsten Nahrungsmittel der Menschheit ungeschmälert zu erhalten und mit dazu beizutragen, in dem schweren Kampf gegen die Tuberkulose sichtbare Erfolge zu erzielen!

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Rezensionen.

Die Prophylaxe in der Psychiatrie. Von Dr. Fuchs, Abthlg. V des Handbuchs der Prophylaxe von Nobiling-Jankau. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 1,50 Mk.

Die Prophylaxe in der Psychiatrie gehört sicherlich zu den schwierigsten Gegenständen der Therapie und ihr Gebiet ist so weit umfassend, dass der prakt. Arzt dem Verf. nicht genug danken kann, dass er es unternommen hat, es als Ganzes vor Augen zu führen. Dabei muss es anerkannt werden, dass es dem Verf. durchaus gelungen ist, alles Wichtige in dem Rahmen der vorliegenden Broschüre darzubieten und dem Leser klar, deutlich und in gefälliger Form die dem menschlichen Organismus von Beginn seiner Existenz an in seiner geistigen Entwickelung, in der Thätigkeit und Funktion seiner nervösen Centralorgane drohenden Gefahren und Hemmungen bestimmt zu kennzeichnen und die erforderlichen prophylactischen Massnahmen darzulegen. Bei der Darstellung der gesamten Lebensbedingungen und Daseinsverhältnisse, des Zusammenhangs aller in unser Leben eingreifenden Factoren unter sich und in ihrem Einfluss auf das Gesamtbefinden des Individuums hebt Verf. mit Recht hervor, wie so ausserordentlich wichtig hier die Stellung des Hausarztes ist, dessen Wiedererscheinen im alten Sinne, als gutem und klugem Freund der Familie, dringend zu wünschen ist. Seine Aufgabe ist die Bewahrung der Gesundheit und im Falle des Misslingens die Bewahrung vor Schlimmerem. Die meisten Geisteskranken sind es erst geworden, sie waren anfangs gesund, wenn auch vielleicht schon veranlagt. Da nun die Anlage unendlich verbreitet, aber oft verborgen ist, so kann Niemand mit Sicherheit wissen, ob man es im bestimmten Falle nicht mit einer keimenden Seelenstörung zu thun hat; hier wird der Hausarzt am meisten leisten können. Verf. behandelt nun zunächst die allgemeine psychische Prophylaxe beim Gesunden und bespricht dabei im besonderen einzeln die Prophylaxe der Zeugung, wobei er die Notwendigkeit der Zuchtwahl betont und fordert, dass hier ein vertieftes Verantwortlichkeitsgefühl weiteste Verbreitung finde und gegebenenfalls ein Hinauszögern der Eheschliessung befürwortet; es wird dabei auch die vorteilhafteste Gesamtverfassung der Eltern zur Zeugung und die Wirkung des Alkohols, des Morphiums, Cocains etc., der Lues, Epilepsie, Malaria und der Allgemeinerkrankungen gewürdigt. Nun folgt die Prophylaxe der Schwangerschaft und der Geburt, die Besprechung der Prophylaxe der Neugeborenen, der Kindheit und die der geistigen Entwickelung, die in sehr interessanter Weise dargestellt wird. Bei der Prophylaxe der Erziehung unterscheidet Verf. die Prophylaxe des Unterrichts, die sexuelle Prophylaxe und die Prophylaxe der Pubertät und giebt hier sehr wertvolle Fingerzeige. Dann schliesst sich die Besprechung der Prophylaxe des Berufslebens und der Rückbildungszeit an. Als zweiter Hauptteil tritt uns nun die specielle psychiatrische Prophylaxe entgegen, worunter zunächst die Prophylaxe der Entarteten berechtigter Weise einen breiten Raum einnimmt, worunter auch die Imbecillität und Idiotie besprochen werden. Dann folgt die Prophylaxe der Epilepsie,

Digitized by Google

der Hysterie, der Neurasthenie, der Cyklothymien, der Paranoia, dann die Prophylaxe der erworbenen Psychosen und zwar der Erschöpfungs- und Vergiftungspsychosen, des myödematösen Irreseins, des Kretinismus, der vorzeitigen Verblödungsprocesse und der progressiven Paralyse und endlich folgt noch die Besprechung der Prophylaxe der chronischen Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus, Cocainismus, Pellagra, Blei-, Quecksilber- und Schwefelkohlenstoffvergiftungen) und der Prophylaxe der physikalischen Schädigungen (Caissonkrankheiten und Tropenkrankheit). Als Schluss wird dann noch die symptomatische Prophylaxe besprochen (Nahrungsverweigerung, Unreinlichkeit, Erregung, Selbstmordgefahr). Mit Recht sagt Verf., dass nur die rechtzeitige Prophylaxe die volle Möglichkeit verleiht, Künstler zu sein in der Behandlung der Gesunden; wenn er aber meint, dass in Zukunft die zahlreichen Entarteten mit gesellschaftsfeindlichen Dauereigenschaften im Verein mit der wachsenden Uebervölkerung den Staat zwingen müssen, zum eigenen Schutze und zu dem der Gesunden Massregeln zu treffen von unbedingt durchschlagender prophylaktischer Leistungsfähigkeit und uns durchaus ungewohnter Härte, so meint Ref., dass hier der Verf. doch entschieden zu weit geht! Möchte die Arbeit des Verf. unter den praktischen Aerzten, den Hausärzten, recht viele Leser und Freunde finden!

Wulff-Oldenburg.

Die Kohlenoxyd-Vergiftung in ihrer klinischen, hygienischen und gerichtsärztlichen Bedeutung. Monographisch dargestellt von Dr. W. Sachs. Braunschweig 1900, F. Vieweg & Sohn, gr. 8°, IX u. 236 Seiten, Preis 4 M.

Der Inhalt gliedert sich in einen chemischen, klinischen und toxikologisch-physiologischen Theil; nach Erörterung verschiedener Theorien schliesst sich die Therapie, der hygienische und forensische Theil an. Den Schluss bildet ein äusserst reichhaltiges Litteratur-Verzeichniss. Dem Verf. kann nur zugestimmt werden, wenn er behauptet, dass die Vergiftung mit CO nicht nur ein rein wissenschaftliches, sondern namentlich auch ein ausserordentlich praktisches Interesse darbietet, und dass, wie an verschiedenen Stellen nachgewiesen wird, mancher Fall der Mortalitätsstatistik, der als Schlagfluss in derselben figuriert, bei grösserer Vertrautheit mit der in Rede stehenden Materie, in seinem wahren Zusammenhange erkannt werden würde.

Hinsichtlich der Therapie werden namentlich Aderlass und Transfusion erwähnt. Wenngleich eine hierhergehörige schwere Vergiftung, die Ref. vor Jahren zu behandeln Gelegenheit hatte, nach Aderlass und Transfusion einen günstigen Ausgang nahm, so stimme ich doch vollkommen Thiersch, welcher die Operation vornahm, bei, als er sich der Heilung nicht infolge, sondern trotz der Transfusion freute. Dazu kam, dass Thiersch nicht einmal reines, defribiniertes sondern zur Hälfte mit physiologischer Nall-Lösung versetztes Menschenblut transfundiert hatte. Die Erscheinungen nach der Transfusion sind doch nicht selten recht bedenklich (Fermentintoxikation, Hämoglobinurie). Ob nicht an ihre Stelle nach dem deplethorischen

Digitized by Google

Aderlass die subcutane (nicht intravenöse) Einspritzung einer 0,7% Nall-Lösung treten darf, deren auch Sachs Erwähnung thut. Die günstigen Erfahrungen auf ähnlichem Gebiete sollten doch noch mehr als bisher zur Nachprüfung auffordern, zumal die Ausführung beispielsweise mit dem sehr einfachen Sahli'schen Apparat auch dem praktischen Arzte keine besonderen Schwierigkeiten bereitet. Die vorliegende, den Stoff vollkommen beherrschende und erschöpfende monographische Bearbeitung der Kohlenoxydvergiftung ist anregend und fliessend geschrieben, nicht nur auf der sehr reichen kritisch gesichteten Literatur, sondern auch auf eigenen Erfahrungen und Forschungen aufgebaut und bietet in jedem Kapitel viel des Interessanten und Lehrreichen dar. Kurz, es ist ein empfehlenwertes, sehr gutes Buch.

Naether-Leipzig.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Bischofswerder empfiehlt an dem Sauger nicht eine runde Oeffnung anzubringen, sondern einen Schlitz. Man lässt zu diesem Behufe ein spitzes Messer oder die Klinge einer Scheere soweit durch die Kuppe stechen, dass die Oeffnung 3—4 mm lang ist. Man giebt dem Kinde die Flasche so in den Mund, dass der Schlitz der Mundspalte parallel ist, damit er nicht beim Druck der Lippen klafft.

Sobald der Gummi an Elastizität eingebüsst hat, bricht er leicht. Der Schlitz verlängert sich dann und die Milch kommt zu stark. Dann muss der Sauger erneuert werden.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, No. 4.) Schnell-Egeln.

— Rommel empfiehlt in der Kinderpraxis das ferrum oxydatum lacte saccharatum „Hübler" und rühmt ihm folgende Vorzüge nach: 1. Es ist relativ geschmacklos. 2. Es enthält das Eisen in einer leicht löslichen Form und in einer rationellen Quantität. (0,25 : 100). 3. Es stellt durch seine Kombination als Eisenmilchzucker nicht ein eisenhaltiges Medikament, sondern ein blutbildendes Nährmittel dar, welches selbst von jungen Säuglingen gut assimiliert wird. Man giebt von dem Mittel je nach dem Alter des Kindes 2 bis 3 Kaffeelöffel pro die. Meist war die leicht purgierende Wirkung sehr erwünscht; überstieg sie jedoch das gewöhnliche Mass, so wurde das Tagesquantum reduciert oder es wurde Tannalbin beigegeben.

(Therapie der Gegenwart, Februar 1900.) Schnell-Egeln.

— Verhütung unangenehmer Impffolgen. Von C. Rothe. Verf. stellt folgende Forderungen: 1. Verwendung nur reiner Lymphe,

Digitized by Google

die keine pathogene Mikroorganismen enthalten darf. Der Arzt prüfe die Lymphe an sich selbst (!Red.). 2. Verhütung der Infektion beim Impfakt: sterile Instrumente, Abreibung der Impfstelle mit Seifenspiritus, nachheriges Auflegen von Karbolwatte. 3. Ausschliessung kranker Kinder von der Impfung.

(Dtsch. med. Wchschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Zur Behandlung der Augeneiterung der Neugeborenen. Von A. Lamhofer.

Im Verlaufe zweier Jahre hat L. als Augenarzt im Verein mit einem Collegen mehrere Hundert eitrige Bindehautentzündungen ohne jegliche Argentun- oder andere Aetzung behandelt. Bei sorgfältiger Pflege und Ernährung und Abhaltung von Schädlichkeiten wurde der Bindehautsack nur alle 1—2 Stunden mittelst eines Glaskölbchens mit lauwarmem Wasser oder schwächster Bor- oder Alaunlösung einfach ausgespült. Die Krankheit verlief in ca. 2 Wochen, niemals trat Hornhauteiterung oder gar papilläre Wucherungen auf. L. vertritt die Ansicht, dass die bei der bisherigen praktischen Behandlung stattfindenden chemischen und mechanischen Reizungen mehr Schaden wie Nutzen stiften; er sieht auch von den üblichen Eisumschlägen ab. Selbverständlich handelte es sich auch meist um Gonococceneiterungen. — Nicht in denselben Bereich gehört die Keratomalacie frühgeborner schlecht genährter Kinder. — Die Credé'sche Prophylaxe behält L. bei — d. h. ein einziges Mal ein Tropfen einer 2proc. Höllensteinlösung.

(Münch. med. Wochenschr. 1900.) Spiegelberg-München.

— Ueber den Zusammenhang von Trauma, Epiphysenlösung und Coxa vara. Von L. Kredel.

Bei einem $4^1/_2$ jährigen Mädchen, welches seit $1^1/_2$ Jahren hinkt, ohne angeblich eine Verletzung erlitten zu haben, waren alle Bewegungen des Beines mit Ausnahme der Abduktion frei und schmerzlos. Auf einem Radiogramm bemerkte man eine Epiphysen-Trennung und eine Verschiebung der Fragmente.

In früher veröffentlichten Fällen wird auch nur ein geringes Trauma angegeben Drei Pat. klagten schon vorher über Schmerzen in der Hüfte und hinkten. Ob es sich um eine Erkrankung des Schenkelhalses handelte, ist nicht nachgewiesen.

(Dtsch. Ztschr. f. Chirurg. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Zur Anwendung des Tannigen. Von R. Manasse.

Verf. hat in 18 Fällen acuter Darmerkrankungen Tannigen angewandt. Darunter waren 10 Kinder, 4 im Säuglingsalter (Flaschenkinder) und 6 im Alter von $1^1/_4$—4 Jahren. 7 Kinder litten an 2—3 Tage bestehenden Darmkatarrh, 3 seit einigen Wochen an wässerigen Entleerungen. Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender. Bei den erst wenige Tage bestehenden Diarrhoeen sistirten diese nach 6—8-maliger Darreichung; bei den älteren Erkrankungen trat am 3. Tage ein Nachlass der Erscheinungen ein. Bei einem 11 Wochen alten Kinde wurden die Stühle zuerst breiig und nahmen erst nach 7 Tagen

Digitized by Google

eine feste, gelbe Gestalt an. Das Mittel wurde gern und leicht genommenen, zumeist in schleimigen Vehikeln. Nebenerscheinungen und Schädigungen fehlten. Als Dosis empfiehlt Verf. je nach dem Alter 0,15—0,3 täglich 3—4 mal und nach erfolgter Heilung weitere Darreichung geringer Gaben für einige Tage.

(Therap. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber eine Epidemie von Angina lacunaris und deren Incubationsdauer. — Von F. Siegert. —

S. beantwortet mit dieser kurzen Mitteilung zwei Fragen; einmal die, ob Anginakranke zu isolieren sind, d. h. als unmittelbare Infektionsträger anzusehen seien; zweitens die nach der Incubationsdauer dieser infektiösen Angina. Die erste Frage ist in letzter Zeit mehrfach bejaht worden; im selben Sinne spricht sich S. aus. Auf die zweite Frage fehlt in Lehrbüchern und Monographieen die Antwort im Allgemeinen. Hie und da wird eine Incubationsdauer von 3—4 Tagen angegeben. Die 25 Fälle S's (30,4% der polikl. Kranken im kurzen Zeitraum von 3 Wochen gegen 4,7% an solchen Fällen ausserhalb dieser Zeit) beweisen in ihrer Entstehung und ihren örtlichem Zusammenhang genau verfolgt, schlagend eine Incubation der Angina lacunaris von 4 Tagen. Daraus sich ergebende hygienische Massregeln sind leicht abzuleiten.

(Münch. med. Wochschr. 99.) Spiegelberg-München.

— Primäre Diphtherie der Vulva. — Von B. Leick. —

Aus symmetrischen, graugelblichen, schmierigen Belägen der kleinen Labien einer 16 jährigen Patientin liessen sich Löfflersche Diphtheriebazillen züchten, ohne dass solche sonst im Körper nachweisbar waren. Daneben bestand geringer Fluor. Serumbehandlung. Heilung.

(Dtsch. med. Wochschr. 1900) M. Moltrecht-Halle.

— Ein Fall von blennorrhoischer Arthritis. — Von Mikhailoff. —

Es handelte sich um ein Mädchen von 5 Jahren, die mit 1 Monat an purulentem Vaginalausfluss litt und von ihrer Schwester, die an derselben Krankheit litt, inficiert war. Nach 14 Tagen seit Bestehen des Ausflusses, der mit Borwasserinjection behandelt wurde, bekam das Kind remittierendes Fieber (37,5 Morgens und 39,6—40 Abends) und Schmerzen in dem linken ziemlich angeschwollenen Knie, die bei Berührung unerträglich waren. Die Anschwellung des Knies war 21,5 cm zu 18,5 der gesunden Seite. Der Ausfluss war abundant und enthielt Gonococcen. Das Knie wurde mit Compressionsverband und der Ausfluss mit Zinksulfatlösung behandelt und das Kind am 12. Tage geheilt. Die Temperatur schwankte während der ersten 8 Tage zwischen 37,5 mal 38°. (Journal de clinique et de therap. infant. 1899 Nr. 9).

Drews-Hamburg.

Digitized by Google

Der Mekoniumpfropf des Neugeborenen. Von H. Cramer. Der Ausleerung des Mekonium geht stets ein grauweisser, glasiger Pfropf voraus, oft bei normalem geringem Abgang von Mekonium, schon vor der Geburt. Der Pfropf wird gebildet vom Sekret des Dickdarms, das die Mekoniumsäule abstreift, und enthält daher Epithelien, Detritus, Schleim. Vorhandensein des Pfropfes beweist, dass noch kein Mekonium abgegangen ist.

(Dtsch. med. Wochschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

Franke verwirft bei der Behandlung der Nabelbrüche der Kinder die Bruchbandagen aus Gummi, weil ihre Wirkung gewöhnlich ganz mangelhaft ist, sondern man verwendet nur Heftpflaster, und zwar amerikanisches Kautschuk- oder Beiersdorf's weisses Zink-Heftpflaster, die reizlos sind und gut kleben. Für eine gute Wirkung des Verbandes ist es wichtig, dass der Bruch gut reponiert ist und während der Anlegung des Verbandes gut reponiert bleibt, zu welchem Zwecke man bei stets schreienden Kindern leichte Chloroform-Narkose anwenden kann. Sodann muss die Pelotte, die aus Pappe zurecht geschnitten und mit Heftpflaster überzogen wird, gut passen und endlich muss der 60—70 cm lange und 5—6 cm breite Streifen an dem völlig entkleideten Kinde bei Streckhaltung seiner Beine von vorn her angelegt werden. Der Verband wird erneuert, sobald er locker zu werden beginnt.

Man rechnet für die Behandlung auf mindestens 6—10 Wochen bei sorgsamer Anlegung und Ueberwachung des Verbandes, braucht aber öfters noch mehr Zeit bis zur erzielten Heilung.

(Therap. Monatsh. 1900.) Schnell-Egeln.

Kleine Mitteilungen.

Die deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hält ihre diesjährigen Sitzungen gelegentlich der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen (16.—22 September d. J.) ab. Die Hauptthemata, welche zur Erörterung gelangen, sind: 1) Ueber die Beziehungen zwischen Skrophulose und Tuberkulose. Referent: Ponfick (Breslau). 2) Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter. Referent: Feer (Basel). Ausserdem sind bis jetzt noch 19 Einzelverträge aus dem Gebiete der Kinderheilkunde angemeldet.

Gleichzeitig mit der diesjährigen Naturforscherversammlung hält der allgemeine deutsche Verein für Schulgesundheitspflege am 16. September d. J. seine Hauptsitzung ab, wobei folgende Themata erörtert werden: 1) Physiologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene. Ref.: Gerhard (Lüdenscheid). 2) Samaritereinrichtungen im Dienste der Schule (mit Demonstrationen). Ref.: Kormann (Leipzig). 3) Was ist die Bildung? Ref.: Herberich (München). 4) Die Ursache der Minderbegabung von Schulkindern. Ref.: Schmid-Monnard (Halle).

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandluug jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **September 1900.** **Heft 9.**

Inhalt: Originalien: **Klages,** Beitrag zur Lehre der Schrumpfniere im Kindesalter, 193. — **Friedmann,** Rachitol bei Rachitis, 200. — **Köppen,** Lana als Ersatz für Leberthran, 202. — Referate: **Netter,** Sammelreferat aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde, 203. — **Zappinger,** Darmkrebs, 206. — **Sorgente,** Bösartige Nierengeschwülste, 207. — **Concetti,** Eklampsie und Tetanie, 207. — **Lange,** Osteopsatyrosis 208. — **Fürst,** Nährmittel-Industrie, 209. — **Frieser,** Houthin, 210. — **Kraus,** Epicarin 210. — Gesundheitspflege: **Röse,** Leitsätze zur Zahn- und Mundpflege, 211. — Rezensionen: **Goldschmidt,** Zur Geschichte der Prophylaxe, 211. — **Zuckerkandl,** Atlas der topographischen Anatomie, 1. Heft, 212. — **Fischl,** Die Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters, 213. — **Liebreich, Mendelson u. Würzburg,** Encyklopädie der Therapie, III. (Schluss)-Band, 213. — **Pfeiffer,** 16. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygienie 213. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 214. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 216. — Kleine Mitteilungen, 216.

Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter.

Von Dr. **Hermann Klages** in Leipzig.

Wenn Heubner im Anfang seiner Abhandlung „Ueber chronishe Nephritis und Albuminurie im Kindesalter“ (Berlin 1897) sagt, dass man sich mit den chronischen Störungen der Nierenthätigkeit im Kindesalter im allgemeinen und besonderen in Deutschland noch nicht allzuviel beschäftigt hat, so darf man daraus nicht den Eindruck gewinnen, als ob in der That auch chronische Nephritiden gerade im Kindesalter etwas seltenes wären. Dass diese pathologischen Erscheinungen bei den Kindern wohl seltener vorkommen, als bei den Erwachsenen, hat seine besonderen ätiologischen Gründe und Beziehungen. Wollte man hierin einen Grund dafür sehen, dass von berufener Seite noch nicht genügend der Bedeutung und Wichtigkeit dieser Pathologie des Kindesalters entsprochen ist, so würde man falsch basieren, sagt doch Heubner selbst, dass es vor allem an unseren Kenntnissen und unserer Beachtung der chronischen Nephritis und Albuminurie liegt, dass die Intensität der Beschäftigung den Ergebnissen der Erfahrung entspricht.

Ueberhaupt ist ja die Kenntnis der diffusen Erkrankungen der Niere noch verhältnismässig jung; unsere Forschungen darüber datieren fast allein aus den letzten 70 bis 80 Jahren, seitdem Richard

Digitized by Google

Bright zuerst den Zusammenhang zwischen Albuminurie und Hydrops klarer erkannt und genauere Strukturverhältnisse beschrieben hat. Wenn von seinem Anfang nach ca. 30 Jahren in dem Bewusstsein noch relativ junger Erfahrung auf diesem Gebiete L. Thomas im vierten Bande des Handbuches für Kinderkrankheiten in seiner Abhandlung über „Diffuse Nierenerkrankungen" sagt: „Kein Wunder, dass zumal in Betreff dieser Verhältnisse des Kindesalters noch viele Lücken vorhanden sind", so dürfen heute wir nach dem Studium und den Erfahrungen weiterer 50 Jahre wohl behaupten, dass die Arbeit dieser letzten fünf Jahrzehnte wahrlich keine vergebliche gewesen ist, und dass auf dem Gebiete der Nierenpathologie auch im Kindesalter manche Lücke unserer Kenntnis ausgefüllt und der Weg des Wissens weiter geführt worden ist, wenn wir schliesslich Heubner darin Recht geben, dass wir wohl noch weiter hätten sein können. Dass unsere Forschungen zum Teil noch nicht dahin gelangt sind, eine Einigung in den Anschauungen und Lehren der Renalpathologie des Kindesalters zu erzielen, hat seine bestimmten essentiellen und historisch-doktrinären Gründe.

Wer nur einiges Verständnis für die sozialen Verhältnisse besitzt und Kenntnis davon hat, wie oberflächlich, leicht in den breiteren Schichten der Bevölkerung die Erkrankungen selbst des Kindes angesehen werden, wird zugeben, dass oft und leicht eine akut einsetzende Störung der Nierenthätigkeit übersehen und nicht bemerkt werden kann und wird, dass rücksichtslos so der Grund gelegt wird für Erkrankungen, deren verderbenbringende Endergebnisse dann auf einmal überraschen sollen. In dieser Hinsicht muss grössere Aufmerksamkeit geübt und anerzogen werden. Dringt weiter und weiter die Kenntnis, dass Nierenerkrankungen auch im Kindesalter vorkommen, um so mehr wird auch unsere wissenschaftliche Erfahrung über diese sich heben.

Zur Zeit als die Doktrinen der pathologischen Anatomie noch die klinische Medizin beherrschten, war man bemüht, allen pathologisch-anatomischen Zeichen der veränderten Gewebsreaktion Rechnung zu tragen, und schuf daher zahllose Formen der Erkrankung. Nun da die klinische Medizin diese Fessel abgestreift hat, fällt sie ihrerseits in den Fehler, die Symptome der Allgemeinerkrankung in ihrer Mannigfaltigkeit zu zerteilen, sie gegenü ber den veränderten Erscheinungen der lokalen Affektion zu überschätzen und so zahlreiche klinische Bilder der Erkrankung zu schaffen, hiermit zahlreiche Krankheiten selbst. Will man einen endgültigen Abschluss auf dem Gebiete der Lehre der Nierenpathologie des Kindesalters erlangen, so thut es vor allem Not, auf Grund einfacher klinischer Symptome gemäss den bestehenden pathologischen Erfahrungen und Gesetzen einfache Krankheitsbilder zu Komplexen zusammenzufassen als Haupttypen chronischer Störungen der Nierenthätigkeit. Diese bezüglichen Krankheitsbilder sind zumal im Kindesalter klarer und reiner, da sie nie durch komplizierende Erscheinungen des späteren Alters, wie sie vor allem durch den Alkohol, Bleiintoxikationen, Harnsäure, ebenso wie durch unmässige Lebensweise hervorgerufen werden, beeinträchigt werden und sind.

Digitized by Google

Es möge mir zuvor gestattet sein, hier kurz die Ergebnisse der verschiedenen Ansichten der einzelnen Autoren über das Wesen der Schrumpfniere und ihre Beziehung zur diffusen Nierenerkrankung bezw. Morbus Brightii darzustellen.

Während Bright es noch unterlassen hatte, sich über das Wesen der betreffenden Nierenveränderung genauer zu äussern, so versuchten dies seine Nachfolger. Schon Roger bezeichnete die statthabenden Veränderungen im Gewebe der Niere für das Ergebnis einer ablaufenden Entzündung. Dieser Ansicht schlossen sich auf Grund ihrer histologischen Funde die deutschen Autoren Reinhardt und Frerichs an; beide nahmen eine gewisse Reihenfolge der entzündlichen Erscheinungen an und betrachteten die verschiedenen Veränderungen des Nierengewebes nur als verschiedene Stadien ein und desselben Prozesses. Dabei legten sie vor allem besonderen Wert auf die Harncylinder, die sie für fibrinöse Exsudate der Harnkanälchen ansahen, und nannten die Entzündung auch in Kongruenz mit Virchow eine croupöse.

Nachdem vorher Rokitansky (Handbuch der pathologischen Anatomie, 2. B. 1842) acht Formen der Nierenerkrankung unterschieden aber schon die Speckentartung aus dem alles umfassenden Rahmen des Morbus Brightii ausgeschieden hatte„ sah Frerichs die Schrumpfniere als das dritte Stadium des Morbus Brightii an. Der ganze Prozess begann mit Hyperämie:

die akute parenchymatöse Nephritis = grosse, geschwollene Niere;

dann folgt das Stadium der Exsudation und fettigen Entartung des Drüsenparenchyms:

die chronische parenchymatöse Nephritis = Fettniere;

der Ausgang war schliesslich nach Aufsaugung des Infiltrates unter Bindegewebsneubildung:

Schrumpfung und Atrophie = die kleine, hügelige, harte Niere.

Diese Anschauungen wurden von Traube dahin modifiziert, dass er die durch Stauungshyperämie veranlassten Nierenveränderungen von den entzündlichen sonderte; später lehrte er zwei entzündliche Formen der diffusen Nephritis, die cirkumkapsuläre und die intertubuläre sive haemorrhagische.

Virchow hatte, von den feineren morphologischen Veränderungen der entzündlichen Teile ausgehend und gestützt auf das pathologische Experiment die cellularpathologische Entzündungstheorie 1871 begründet, die von den durch die entzündungserregende Ursache — Entzündungsreiz — veränderten Lebensvorgängen an den Zellen ausgehend auf „nutritive“ oder auf „formative Reizung“ sich bezieht. Durch die erstere wurde die Theorie der „parenchymatösen“ Entzündung erklärt, durch die andere wurde die sekretorische, exsudative Entzündung als die zweite Hauptform der Gewerbsreaktion gegen entzündliche Reize, die „Exsudation“, anerkannt.

Somit betonte Virchow die Besonderheit der entzündlichen Natur der Nierenstörung ebenfalls, wie er auch mit Rokitansky die der Speckentartung als besondere Krankheitsform hinstellte. Er unterscheidet drei Formen:

Digitized by Google

Die parenchymatöse Nephritis,
die indurierende interstitielle Nephritis,
die Amyloidniere.

Nur trennt er als feiner Kenner der morphologischen Veränderungen der entzündlichen Teile die parenchymatöse Nephritis nach der Art der Exsudation in drei, übrigens unter Umständen kombinierte Formen:

1. die katarrhalische Nephritis mit Zellenausscheidung in das Lumen der Harnkanälchen,
2. die croupöse mit gerinnungsfähigem Exsudat,
3. die parenchymatöse, deren Wesen in einer Infiltration der Epithelzellen der gewundenen Harnkanälchen der Rinde zu suchen ist.

Somit wurde auf deutscher Seite die Entwickelung der Lehre der diffusen Entzündung der Nieren ganz von den allgemein pathologischen Anschauungen über die Entzündung beherrscht; wir kennen hiernach also eine parenchymatöse und eine indurative, interstitielle.

Demgegenüber betont nun Traube mehr den klinischen Standpunkt; mit Klebs ist er der Anschauung, dass die primären Veränderungen in dem interstitiellen Gewebe stattfinden, während die der Epithelien nur sekundäre Erscheinungen seien; entgegen der schon 1863 von Rosenstein geäusserten Ansicht, dass die Erkrankung sowohl auf die Epithelien wie auf das Zwischengewebe von vornherein in gleicher Weise sich erstreckt und dass man nicht einseitig von einer parenchymatösen und einer interstitiellen Entzündung der Entzündung der Niere sprechen könne.

Barthels, dem sich L. Thomas anschliesst, (Handbnch der Kinderkrankheiten, 4. B., S. 262: Diffuse Nierenerkrankuugen) unterscheidet:

1. eine aktive,
2. passive Nierenhyperämie,
3. eine Nierenanämie (wie sie nur bei asiatischer Cholera beobachtet wird),
4. die akute,
5. die chronische parenchymatöse Entzündung,
6. die interstitielle Entzündung s. Bindegewerbsinduration,
7. Amyloidniere.

Bartels trennt streng die primäre genuine Schrumpfniere, die er als chronisch sich einschleichende Entzündung ansieht, von der sekundären, der Endform der chronischen parenchymatösen Nephritis, die einen anderen Symptomenkomplex zusammenfasst und dem dritten Stadium des Morbus Brightii entspricht. Er sucht seine Ansicht damit zu beweisen, dass es dem pathologischen Anatomen noch nicht gelungen ist, den Uebergang der entzündlichen Schwellung der Nieren in den Zustand echter Cirrhose an der Leiche nachweisen zu können. Bartels erklärt die genuine Schrumpfniere für das Resultat einer primären Wucherung des intertubulären Bindegewebes ohne voraufgehende entzündliche Schwellung, die durch narbige Schrumpfung und Druckatrophie das bisher intakte Nierenparenchym vernichtet. Dagegen ist das Symptomenbild der sekundären Schrumpfniere inso-

Digitized by Google

fern ein anderes, als das Parenchym durch die chronische Nephritis degeneriert ist und sich hieran eine entzündliche Hyperplasie mit folgender sekundärer Schrumpfung des interstitiellen Gewebes angeschlossen hat.

Die Theorie einer primären interstitiellen Entzündung ist also fallen gelassen, wohl aber eine primäre, durch Degeneration bewirkte Atrophie des Nierenparenchyms und Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes und konsekutiver Schrumpfung anerkannt nach Analogie der Cirrhose der Leber, chronischer Degenerationen des Rückenmarks u. a. Das ist also das bleibende Verdienst von Bartels, der besonders streng für eine anatomische wie klinische Scheidung einer parenchymatösen und interstitiellen Nephritis eintrat, und das ist auch besonders, was jetzt wohl zur allgemeinen Anerkennung gelangt ist, wenn schon von einer Einigung der Ansichten und Lehren noch nicht zu sprechen ist, dass man nicht mehr die Schrumpfniere, wie Frerichs und Reinhardt es meinten, stets aus einer abgelaufenen akuten subakuten Entzündung hervorgehen lässt, sondern dass sie in den meisten Fällen mehr selbständig sich einschleichen kann.

Auch Aufrecht hat stets den dualistischen Standpunkt streng vertreten. Auf Grund von Beobachtungen und Tierversuchen unterscheidet er anatomisch streng zwei Formen;

1. eine akute und chronische parenchymatöse Nephritis, die auf die Vasa afferentia, Glomeruli und das Zwischengewebe übergeht und zur weissen Schrumpfniere führt,

2. eine an den Vasa afferentia beginnende und auf die Harnkanälchen übergreifende, die zur roten Schrumpfniere führt.

In England war schon früh dieser Standpunkt gleich nach dem Erscheinen der Monographie von Frerichs durch Wilks vertreten, dem sich die meisten englischen Forscher, namentlich Graigner Stewart, Johnson u. A. angeschlossen.

Stewart unterscheidet 3 Formen von Morbus Brightii:

1. die der Entzündung,
2. der Amyloiddegeneration,
3. der Schrumpfung,

indem er wie Virchow bei der entzündlichen Form gleichfalls 3 Phasen anerkennt, die entzündliche Exsudation, die Verfettung und die Schrumpfung.

Ferner Johnson, der unter anderen den Begriff der akuten und chronischen desquamativen und nicht desquamativen Nephritis aufstellte.

Unter den französischen Forschern nahmen besonders Lecorché und Charcot den gleichen Standpunkt ein.

Lecorché kennt nur eine Erkrankung des Parenchyms und eine des interstitiellen Gewebes. Charcot unterscheidet wiederum drei Formen, wobei er teils von klinischen, theils von pathologisch-anatomischen Standpunkten ausgeht. Die Symptome der ersten Form sind klinisch: sehr rascher Verlauf, geringe Harnmenge, viel Eiweiss, Hydrops, anatomisch: grosse, weisse Niere; die der zweiten sind chronischer Verlauf, reichliche Harnmenge, wenig Eiweiss, vereinzelt geringer Hydrops, Schrumpfuug der Niere. Die dritte Form ist die Amyloiddegeneration.

Digitized by Google

Neuerdings rehabilitiert Weigert die Anschauungen von Frerichs, indem er bei allen Formen von Morbus Brightii das stets regelmässige Vorkommen von parenchymatösen und interstitiellen Degenerationen konstatiert.

Die Parenchymerkrankung ist zunächst die akute primäre Entzündung, in deren Folge das Epithel schwindet, während die reaktiven Veränderungen im interstitiellen Gewebe nur quantitative Modifikationen ein und desselben Prozesses sind.

Dieser Anschauung schliessen sich von Leyden und Senator an (Referat über die Behandlung des chronischen Morbus Brightii auf dem IX. Kongress für innere Medizin, Wien 1890). Beide dringen darauf auch vom Standpunkte des Klinikers aus, die strenge Scheidung zwischen parenchymatösen und interstitiellen Veränderungen fallen zu lassen.

Während von Leyden den Begriff Morbus Brightii wesentlich vom klinischen oder physiologischen Standpunkte aus definiert (Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden, 1882) und dazu fast alle Nierenerkrankungen rechnet, die Albuminurie und Hydrops im Gefolge haben, auch die Degeneration des Drüsenparenchyms, die Amyloidniere, Pyelonephritis u. a., bestehen nach Senator die Verschiedenheiten der beiden Haupttypen des chronischen Morbus Brightii hauptsächlich in der ungleichen Beteiligung der Gewebsbestandteile und Systeme der Niere an der Entzündung und Verödung, andererseits in dem verschiedenzeitlichen Ablauf dieser Prozesse: bei der chronischen parenchymatösen Nephritis seien vornehmlich die Harnkanälchen mit ihren Epithelien und unter diesen wieder die gewundenen am meisten betheiligt.

Die Schrumpfniere dagegen bilde sich in weit langsamerer Entwickelung da aus, wo die Erkrankung der Harnkanälchen von vornherein oder im weiteren Verlauf jenes ersten Typus zurücktrete gegenüber den Veränderungen der interstitiellen Gefässe und Knäuel, die in Bindegewebswucherung und narbiger Verödung bestehen. (Oppenheim, Ueber Schrumpfniere im Kindesalter, Inauguraldissertation, Halle a. S. 1891).

Nach den bis jetzt erfolgten Untersuchungen ist der heutige Standpunkt unserer Anschauung also der, dass als Basis für die Brightsche Erkrankung der Nieren die Entzündung dieser Organe anzusehen ist, dass — unter Einräumung einer Sonderstellung für die Stauungsniere und die amyloide Entartung — an derselben in allen Formen alle Gewebsbestandteile gleichen Anteil haben und nehmen, aber in den verschiedenen Formen in sehr verschiedenem Grade, indem bei der sogenannten parenchymatösen Nephritis mehr die Epithelien, bei der Glomerulonephritis mehr die Glomeruli, bei der interstitiellen das interstitielle Gewebe, stets aber das Gefässsystem in bevorzugter Weise affiziert ist und wird. Aus allen diesen drei Phasen kann die Schrumpfniere hervorgehen, aus der parenchymatösen, eher von vornherein als Resultat der interstitiellen, in vielen Fällen auch als Produkt arteriosklerotischer Gefässveränderungen, nur bleibt die Frage, worauf der entzündliche Reiz zuerst einwirkt, noch unentschieden.

Digitized by Google

Von Bedeutung dabei ist neben der Art des entzündlichen Reizes seine Intensität und mit dieser parallel gehend die Dauer der Erscheinung. Gerade vom Standpunkte klinischer Beobachtung aus wird man dem letzten Momente gemäss die Haupteinteilung nach der Unterscheidung einer akuten oder chronischen Nephritis vornehmen.

Eine solche temporäre Einteilung könnte der klinischen Medizin nie genügen, sie braucht es auch nicht, da die Summe der Forschungen über die Organveränderungen Symptomenkomplexe zusammengestellt hat, in die sich die hauptsächlichsten Formen ungezwungen einreihen lassen. Mag nun die klinische Beobachtung innerhalb der chronisch verlaufenden Fälle einen Stillstand des Prozesses oder den tödlichen Ausgang eintreten sehen, bevor es zur völligen Schrumpfung kommt, mag sie innerhalb dieses Rahmens wieder einzelne klinische Phasen in der Entwicklung der Schrumpfniere unterscheiden wollen, oder mag sie eine völlige granuläre Atrophie erkennen, immerhin halte ich es für notwendig, ohne dass ich das ätiologische Moment in seiner wesentlichen Berücksichtigung vernachlässigen möchte, den Symptomenkomplex der Schrumpfniere als ein isoliertes Krankheitsbild klinisch anzusehen und im Gegensatz zu Rosenstein mit Wagner neben der akuten, der chronischen Nephritis als dritte Unterscheidungsform die Schrumpfniere zu betrachten, der sich als vierte die amyloide Degeneration des Organs anschliesst. Die Symptome, wie man sie klinisch bei der Schrumpfniere auftreten sieht, sind doch an sich hervorragend genug, den Erscheinungen der akuten und der chronischen diffusen Nephritis gegenüber so verschieden, dass eine isolierte Betrachtung dieses Leidens mir notwendig erscheint; auch vom anatomisch-histologischen Standpunkte wird hierdurch keine zu grosse Konzession verlangt. Man muss eben — wie auch Wagner es wollte — sowohl in Hinsicht auf die klinischen Symptome, als auch unter Berücksichtigung der vornehmlichsten pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gewebes beiden Disciplinen der medizinischen Wissenschaft möglichst gerecht zu werden suchen.

Für den mehr praktischen Art könnte es fast gleichgültig erscheinen, von welchen Gewebselementen der Niere bei bestehender Identität der Symptome oder von welchem ihrer Organsysteme der Krankheitsprozess bei der Schrumpfniere begonnen oder ausgegangen ist, wenn eben nach jahrelanger Einwirkuug des Entzündungsreizes auf die Niere eine Granularatrophie besteht. „Der Arzt hat es nur mit den Erscheinungen zu thun, die die Entzündung hervorrufen, und ihm kommen daher die Unterscheidungen in eine primäre und sekundäre Schrumpfniere, in arteriosklerotische und senile Nierenatrophie bedeutungslos vor.“ (Rosenstein.) Aber ich bin der Meinung, dass nicht nur wissenschaftlich eine Berechtigung für Unterscheidungen bei der Nierenatrophie vorliegt, sondern dass sie auch gerade für die Praxis ihren hohen Wert besitzt. Die Art der Entwicklung des Leidens und die ätiologischen Momente sind nie die gleichen bei den einzelnen Fällen, die Prophylaxe ändert sich in besonderen und dies vor allen da, wo — wie wir jetzt wissen, — die interstitielle Nephritis, die Granularatrophie, gar nicht so selten auf-

Digitized by Google

tritt, im Kindesalter, ja dass sogar die chronische Nephritis bei den Kindern einen Uebergang in Genesung zulässt (Heubner). Wenn Heubner die Frage offen lässt, ob eine primäre Schrumpfniere im Kindesalter vorkommt, und sich „mehr der Annahme zuneigt, dass mindestens die Mehrzahl dieser Fälle beim Kinde sekundärer Natur ist", so muss doch auf den schon früher betonten Standpunkt hingewiesen werden, dass nach Analogie der Cirrhose der Leber auch eine primäre, durch Degeneration bewirkte Atrophie des Nierenparenchyms mit Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes und konsekutiver Schrumpfung statthaben kann.

Dass primäre Schrumpfniere, wenn auch ausnahmsweise, sogar angeboren vorkommen kann, hat Weigert berichtet; Buhl hat sie bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde gesehen, und für das Alter von 4—13 Jahren hat Oppenheim 22 Fälle zusammengestellt; ihr Vorkommen lässt sich also nicht einfach streichen. Aber gerade die Frage, die für die Differentialdiagnose von ausschlaggebender Wichtigkeit ist, die Frage nach der Aetiologie, ist meistens, wie auch die Mehrzahl der veröffentlichten Fälle beweist, eine leider recht zweifelhafte gerade im Kindesalter. In einer Anzahl von Fällen (Handford, Zanger) ist zwar anamnestisch eine frühere Infektionskrankheit festgestellt, aber der Kausalnexus zwischen dieser und der bestehenden Nephritis ist unsicher, in den meisten fehlt überhaupt die Anamnese.

Gewiss kann man in Fällen, wo eine exakte Anamnese vorliegt und eine genaue Krankengeschichte geführt wurde, gerade mit Bezugnahme auf die klinischen Symptome die primäre und sekundäre Schrumpfniere differential-diagnostisch trennen. Aber bisweilen wird die Exaktheit der Diagnose doch dadurch erschwert, dass die momentan ausgesprochene Nierenschrumpfung sich mit einer vor langer Zeit abgelaufenen Nephritis kompliziert, über deren Aetiologie, Verlauf und Ende man nicht genau orientiert ist, so dass über den primären oder sekundären Charakter des vorliegenden Prozesses kein präciser Schluss gezogen werden kann.

(Schluss folgt).

Rachitol bei Rachitis.

Von Dr. Friedmann in Beuthen O/S.

Im 51. Bande des Jahrbuchs für Kinderheilkunde veröffentlicht Stoeltzner, Assistent der Berliner Kinderklinik, das Ergebnis seiner Studien über die Darreichung von Nebennierensubstanz bei Rachitis. Der Gedanke, diese Krankheit mit Organpräparaten zu

Digitized by Google

behandeln, ist nicht neu. Wiederholt sind Versuchsreihen mit Schilddrüsensubstanz durchgeführt worden, ohne indessen ermunternde Resultate gezeitigt zu haben. v. Mettenheimer hat in jüngster Zeit die Thymussubstanz empfohlen.

Stoeltzner und Lissauer haben indessen seine Angaben nach keiner Richtung hin bestätigen können.

An der Hand von 71 sehr exakt geführten Krankengeschichten giebt uns nun Stoeltzner einen Ueberblick über die Methode und die Erfolge seiner Behandlung mit Nebennierensubstanz. Er verwendete anfangs die Tabletten von Burroughs, Wellcome & Co., benutzte aber bald ein eigenes Präparat, das „Rachitol", welches nach seinen Angaben von Merck in Darmstadt in Plätzchenform hergestellt wird. Dasselbe hat den Vorzug grösserer Billigkeit und wird, wie ich vorneweg bestätigen kann, von den Kindern ausnahmslos gern genommen. Jedem Fläschchen liegt eine Gebrauchsanweisung bei.

Die von Stoeltzner erzielten Resultate sind durchaus ansprechende und laden zu einer Nachprüfung des Mittels um so mehr ein, als sie unter absichtlicher Zurückstellung der hygienisch-diätetischen Behandlung gewonnen sind. Auf diesem Wege freilich wird der Praktiker dem klinischen Forscher nicht folgen können. Wir können unsere Behandlung nicht auf ein bestimmtes, vor Allem nicht auf ein erst noch zu prüfendes Mittel zuschneiden, sondern müssen, da wir prompt helfen wollen und sollen, Alles mitnehmen, was uns Wissenschaft und Erfahrung für die Behandlung einer bestimmten Krankheit vorschreiben. Demgemäss wird uns ein definitives Urteil über ein neues Mittel, wie das Rachitol, wesentlich schwerer werden, weil wir zugleich alle bisher wohlerprobten therapeutischen Maassnahmen gleichzeitig ergreifen müssen. Bei einer Krankheit nun, die, wie das bei Rachtitis ganz ausgeprägt der Fall ist, als Folgezustand diätetisch-hygienischer Vernachlässigung zu betrachten ist, haben wir bisher immer vorzugsweise und erfolgreich gerade hierin den Hebel angesetzt und werden dies, daran kann kein neues Mittel Etwas ändern, auch weiterhin thun müssen. Tritt ein solches Mittel auf den Plan, so besteht für den Praktiker lediglich die Frage: Inwieweit ist es imstande, die bisherige Behandlungsweise im Sinne einer schnelleren Erledigung der Krankheit zu unterstützen? Ihre Beantwortung ergiebt sich für ihn aus dem etwaigen Gegensatz des klinischen Bildes, wie es nach seiner Erfahrung bisher für ihn fesstand und wie es sich nunmehr gestaltet.

Noch eine zweite Schwierigkeit tritt dem Arzte hindernd in den Weg: Er vermag sein rachitisches Material weniger vollständig beisammen zu halten, als sein klinischer Kollege. Rachitische Kinder entstammen zu einem guten Teil wenig bemittelten Eltern, die auf eine Kur wenig Zeit und Mittel verwenden wollen und deshalb, wenn es nicht bald besser wird, aus der Behandlung wegbleiben und anderweitig Hilfe suchen.

Das Rachitol habe ich bisher in etwa 35 Fällen meist vorgeschrittener Rachitis verwendet, aber nur in annähernd 25 Fällen konnte ich es durchsetzen, dass es mindestens 6 Wochen lang regelmässig gegeben wurde und die Kinder mir in besimmten Zwischenräumen vorgestellt wurden. Hiervon habe ich 7 Fälle notiert, bei

Digitized by Google

denen die Heilung sich überraschend schnell anbahnte, so prompt, wie ich sie bis dahin kaum jemals zu verzeichnen hatte. Ganz besonders evident war der Einfluss auf das Gehenlernen, die Zahnung und die Schweisse. Ich bin überzeugt, dass hier das neue Mittel wesentlich mitgeholfen hat, wenn auch die geringe Zahl der Fälle keine zu weitgehenden Schlüsse gestattet. Bei einer etwa eben so grossen Zahl von Kindern vollzog sich die Besserung gleichfalls erfreulich rasch, aber nicht schneller und nicht anders, als es sonst der Fall gewesen war. Die schnellen Heilungsfälle betrafen meist pastöse, aufgedunsene Kinder; die atrophischen Rachitiker erwiesen sich weniger dankbar. Ob diese Erscheinung eine zufällige ist oder nicht, bleibt abzuwarten.

Jedenfalls glaube ich den Schluss ziehen zu können, dass mir das Mittel gute Dienste geleistet hat und ich der Ueberzeugung bin, dass es von der grossen Zahl der Präparate, die in den letzten Jahren auf die Tagesordnung gelangt sind, um bald wieder zu verschwinden, eine rühmliche Ausnahme bilden wird.

Sana als Ersatz für Leberthran.

Eine Notiz von **A. Köppen** in Norden.

In Heft 1, XI. Jahrg. dieser Zeitschrift wird Sana als Ersatz für Leberthran bezw. Butter angelegentlich empfohlen. (Fürst, zur Frage des Leberthran - Ersatzes); Butter und Margarine seien wegen ihres möglichen Gehaltes an Tuberkelbacillen zur Ernährung von Kindern auszuschliessen.

Dass die Tuberculose durch Nahrungsmittel übertragen werden kann, ist bereits einwandsfrei bewiesen; eine ungeahnte Bestätigung dafür erbringt eine Arbeit von Friedmann (Ueber die Bedeutung der Gaumentonsillen von jungen Kindern als Zugangspforte für die tuberculöse Infection. Deutsche med. Wochenschr. 1900, No. 24), in welcher gezeigt wird, wie häufig Tonsillen der primäre Sitz einer Fütterungstuberculose sind.

Will man daher den Leberthran oder ein pflanzliches Oel nicht verwenden, so ist es wohl notwendig, dass man über die Abwesenheit von Tubercelbacillen in dem Ersatzmittel sicher ist.

Das ist bei Sana nicht der Fall.

Lydia Rabinowitsch, deren Name für die Exactheit der Untersuchungen bürgt, hat in zwei untersuchten Sanaproben lebende, virulente Tuberkelbacillen nachgewiesen. (Ueber die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose durch Milch und Milchprodukte. Deutsch.

Digitized by Google

med. Wochensch. 1900, No. 26.) Da Milch bei der Sanabereitung nicht verwandt wird, stammen die Tuberkelbacillen aus den im Fett eingeschlossenen Lymphdrüsen. Sie sagt dann: „Solange also bei der Sanafabrikation keine Verbesserungen eintreten und das Fehlen der Tuberkelbacillen nicht durch wiederholte bacteriologische Untersuchungen in einwandsfreier Weise bewiesen wird, so lange haben wir nicht das Recht, das Sanapräparat der Margarine geschweige denn der Naturbutter vorzuziehen."

Hieraus kann man wieder ersehen, wie vorsichtig man alle Empfehlungen von neuen Mitteln aufzunehmen hat, und dass man ganz andere Garantien für deren Anwendung fordern muss, als in der Regel geboten werden.

Referate.

Sammelreferat aus dem Gebiete der Ohrenheilkunde. Von Dr. Netter (Pforzheim.)

Leutert: Bakteriologisch-klinische Studien über Komplikationen akuter und chronischer Mittelohreiterungen. (Arch. f. Ohrenhk., 46. Bd., 3. u. 4. H., u. 47. Bd., 1. u. 2. H.)

Es fanden sich bei den nach akuter Mittelohreiterung entstandenen Empyemen des Warzenfortsatzes der Reihenfolge der Häufigkeit nach der Streptococcus, der Pneumococcus, der Staphylococcus pyogenes albus und der Tuberkelbacillus; in den Epiduralabscessen der Pneumococcus, Streptococcus und Staphylococus; bei Sinusthrombose fast nur der Streptococcus. Dagegen fanden sich von den Eitercoccen in den nach chronischer Eiterung aufgetretenen Empyemen, Epiduralabscessen und Sinusthrombosen fast nur der Staphylococcus albus. Aus den Hirnabscessen (meist nach chronischer Eiterung) konnte von den Eitercoccen fast nur der Streptococcus gezüchtet werden. In sämmtlichen Fällen von Perichondritis (4) der Bacillus pyocyaneus in Reinkultur.

Hasslauer: Die durch Unterkieferläsionen verursachten Gehörgangsverletzungen. (Zeitschr. f. O., 35. Bd., 3. H.)

H. stellt aus der Litteratur 30 Fälle zusammen und fügt 3 neue aus den Journalen des Garnisonlazareths Würzburg hinzu. Bei allen 3 waren ausser dem Knochen auch die Weichteile des Gehörganges verletzt. Bei zwei stellte sich Eiterung ein.

Muck: Ueber die Farbe des lebenden rachitischen Knochens nach Operationsbefunden bei Mastoiditis rachitischer Kinder. (Ibid.)

Der Knochen hatte in den beiden Fällen hellrosenrote Färbung, die sowohl an der Oberfläche als in der Tiefe zu sehen war.

Digitized by Google

Muck: Bezold'sche Mastoiditis bei Kindern. (ibid).

Diese Form ist bei Kindern sehr selten. In allen den mitgeteilten Fällen war die Mittelohreiterung nach Scharlach entstanden und waren Zerstörungen am Knochen resp. blossliegender Knochen vorhanden; dagegen findet sich von grossen Zellen in der Spitze des Warzenfortsatzes, der gewöhnlichen Ursache des Entstehens dieser Form bei Erwachsenen, nichts angegeben.

Halasz: Trepanierung des Warzenfortsatzes mittelst zahnärztlicher Bohrmaschine. (Monatsschr. f. O. 1899.)

H. empfiehlt die besonders von Macewen viel angewendete Bohrmaschine, die sich bis jetzt noch nicht in Deutschland einbürgern konnte.

B. Fränkel: Bemerkungen über den üblen Geruch aus dem Munde. (Arch. f. Laryng. Bd. 10, Heft 1.)

Zuerst muss als Quelle des Foetor mit Sicherheit die Nase ausgeschlossen sein, indem man die Exspirationsluft bei festgeschlossenem Munde durch die Nase und dann bei geschlossener Nase durch den Mund ausatmen lässt und beriecht. Mittels eines mit einem Wattebausch armierten Tamponträgers betupft man die verdächtigen Stellen des Mundes oder Pharynx; der Geruch des an der Watte haftenden Secrets lässt uns dann meist den Sitz des Krankheitsherdes finden. Für den Foetor ex ore sind vielfach cariöse Zähne verantwortlich zu machen, nach deren sachgemässer Behandlung der üble Geruch rasch verschwindet. In zweiter Linie stammt der üble Geruch aus den in den Krypten und Fossulis der Tonsillen sich ansammelnden Mandelpfröpfen oder kleinen käsigen Abscessen im Gewebe. Durch Tonsillotomie oder Schlitzung der Fossulae event. Bepinselung mit Lugolscher Lösung sind diese Herde zu beseitigen. Als dritter Ort kommen die Plica tonsillaris und der Recessus tonsillaris in Betracht, die bisweilen ein in „aashaft stinkender Zersetzung begriffenes, eingedicktes Secret" enthalten. Ist an den angegebenen Orten nichts Pathologisches nachweisbar, und sind auch die tieferen Respirationswege und Oesophagus als Entstehungsort des üblen Geruches auszuschliessen, „so müssen wir annehmen, dass Secrete der ganzen Schleimhaut in stinkender Zersetzung begriffen sind". In diesem Falle sind wir auf häufige Ausspülungen von Mund und Schlund mit bactericiden desodorierenden Medikamenten angewiesen. Zu erwähnen sind noch jene Fälle, bei denen nur eine subjektive Kakosmie ohne objektiv wahrnehmbaren Foetor besteht, oder bei denen der supponierte, die Umgebung angeblich belästigende Foetor nur in der Vorstellung des Kranken vorhanden ist, eine Erscheinung, die z. B. bisweilen bei Hypochondrie und echter Paranoia als erstes Zeichen der Erkrankung sich einstellt.

Arslan: Aproposito di 1800 casi di tumori adenoidei. (Arch. ital. di otologia, rinologia etc. 1899, Nr. 2.)

Adenoide Vegetationen kommen in Italien fast in demselben Häufigkeitsverhältnis vor wie in nördlichen Ländern, denn die von A. verwendeten 1800 Fälle betrugen 21 Proz. aller in der Klinik zu Padua behandelten Fälle von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Es geht aus den vorliegenden Mitteilungen ferner die Thatsache

Digitized by Google

hervor, dass adenoide Vegetationen bei Erwachsenen durchaus nicht so selten sind: 37 % der Fälle betreffen Personen jenseits des 15ten Lebensjahres, 18 % waren noch älter als 21 Jahre. Unter den Komplikationen bei adenoiden Vegetationen kam die Otitis media suppurativa in 22 % der Fälle vor. Gewöhnlich besserte sich das Ohrenleiden oder es verschwand gänzlich ohne jede direkte Behandlung, bald nachdem die adenoiden Vegetationen beseitigt worden waren. Die Intensität einer derartigen Otorrhoe steht durchaus nicht in geradem Verhältnis zu der Grösse der Wucherungen. Selbst ganz geringe Wucherungen können einen sehr lebhaften Entzündungsprozess im Mittelohr unterhalten. Deshalb ist es notwendig, adenoide Vegetationen auch dann zu entfernen, wo sie bei geringem Umfang noch gar keine wesentlichen Krankheitserscheinungen machen. Otitis media sicca kam 17 mal (1 %) vor. Pertussis kam in 15 Fällen vor. Merkwürdigerweise besserte sich diese Krankheit oder heilte sogar gänzlich bald nach der operativen Entfernung der Vegetationen. Stottern wurde nur beeinflusst, wenn es sich um ganz junge Kinder handelte. Aprosexie wurde im Gegensatz zu anderen Autoren nur sehr selten, in 3 Fällen beobachtet. A. glaubt auch nicht, dass die adenoiden Vegetationen zur Aprosexie in ursächlicher Beziehung stehen. Was die Operation selbst anlangt, so wurde bei derselben stets die Bromaethylnarkose angewendet, die in allen Fällen stets vollkommen zufriedenstellend verlief.

G. Garbini: Contributo allo studio della tuberculosis dell orecchio medio. (ibid.)

Ueber die Häufigkeit der Tuberkulose des Mittelohres stimmen die Ansichten der Autoren wenig überein. Während die genannte Affektion von manchen als eine seltene betrachtet wird, behaupten andere, dass man sie bei kachektischen, mit langdauernder Otorrhoe behafteten Individuen ziemlich häufig finde. Diese Verschiedenheit der Ansichten ist sicherlich zum Teil durch die Verschiedenheit der verwandten Untersuchungsmethoden zu erklären. G. suchte die Frage unter möglichster Ausschaltung aller Fehlerquellen zu lösen, indem er dazu sich ausschliesslich des Thierexperiments bediente. Er verwendete zu seinen Untersuchungen ausschliesslich solche Fälle, die allgemein als tuberkulös betrachtet werden, nämlich chronische Ohreiterung mit Caries der Gehörknöchelchen oder anderer Teile des Schläfenbeins bei elenden, herabgekommenen Individuen. Er inoculierte die polypösen und fungösen, aus Paukenhöhle oder Centrum entfernten Granulationen unter die Abdominalhaut von Kaninchen. Von vierzig derartigen Fällen konnten positive Resultate nur in dreien erzielt werden, obwohl es sich immer um eine seit frühester Kindheit bestehende Otorrhoe handelte.

Gruber: Ein Fall von Dehiscenz an der unteren Wand des knöchernen äusseren Gehörganges mit Einlagerung des Bulbus venae jugularis in die dudurch entstandene Lücke. (Monatsschr. f. O. 1900).

Der Defekt war 6—7 mm lang, 3—4 mm hoch.

Die Haut des Gehörganges setzte sich über denselben fort und war so dünn, dass der Bulbus der Vena jugularis deutlich durchschimmerte. Bei Druck auf die Vena jugularis interna am Halse schwoll er an.

Digitized by Google

Löhnberg: Ein Fall von Stichverletzung des Ohres mit Ausfluss von Hirnwasser. (Münch. med. W. 1900 Nr. 3.)

Stich in den Gehörgang, wahrscheinlich durch Hutnadel, mit nachfolgendem Schwindel, Erbrechen, Pulsverlangsamung und mässigem Ausfluss seröser Flüssigkeit ca. 10 Tage lang. Perforation im hinteren, oberen Quadranten. Heilung mit gutem Gehör. L. nimmt als das Wahrscheinlichste an, dass der Stich zu einer Perforation des tegmen tympani und zur Eröffnung der subarachnoidealen Räume geführt hat.

Mabu: Examen de l'oreille dans les sténoses accidentielles de conduit. (Arch. intern. de laryng. Bd. XIII. Nr. 1.)

In Fällen von Stenose des äusseren Gehörganges, die in Folge von Eczem oder Furunkel zu Stande kommen, ist es meist sehr schwierig, das Trommelfell zu sehen. Dieses wird durch ein von M. konstruiertes Instrument (speculum dilatateur) ermöglicht.

Lermoyez: Traitement de l'eczéma de l'oreille. (La Presse med. 1900.)

L. ist hinsichtlich seiner therapeutischen Grundsätze Eklektiker, indem er sowohl die Therapie der Wiener Schule als auch die in Deutschland üblichen Methoden und die speziell französischen, besonders allgemein diätetischen Vorschriften berücksichtigt. Bei Anwendung der lokalen Therapie muss die individuell ganz verschiedene Toleranz für jedes Heilmittel berücksichtigt werden. („Il faut respecter les caprices de chaque peau.")

Der Darmkrebs im Kindesalter. Von Zuppinger. (Wiener klin. Wochenschr. 1900, Nr. 17).

Z.'s Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, das 3 Monate vor der Untersuchung mit Kolikanfällen erkrankte, denen sich später Schmerzen bei der Defäkation anschlossen, sowie Stuhlzwang. In letzter Zeit war oft Blut im Stuhl. Die Perkussion und Palpation ergab ein völlig negatives Resultat, ebenso die Digitaluntersuchung per rectum.

Bald trat nach anfänglichem Wohlbefinden Erbrechen ein, dann Schmerzen im Leib und es erfolgten flüssige, schwarzbraune, später rein blutige, schwarzrote Stühle. Dabei war der Puls fadenförmig, Temperatur 37,2, die peripheren Körperteile wurden kalt, das Sensorium war benommen. Am nächsten Tage war das Abdomen aufgetrieben, bretthart und trotz Kochsalzinfusion und Kampher trat der Exitus ein. Die Diagnose war auf Invagination gestellt.

Die Obduktion ergab im Abdomen eine trübe, wässrige, fibrinhaltige und gasführende Flüssigkeit. Das Colon war in seiner ganzen Länge stark ausgedehnt, das Netz, verwachsen mit Leber und parietalem Peritoneum, enthielt einige harte, weisse Knoten, eine hühnereigrosse Geschwulst war aus seiner Verwachsungsstelle mit der Leber ausschälbar. Die Flexura sigmoidea zeigte sich an einer Stelle ringförmig abgeschnürt, wo sich eine diffuse Infiltration des Mesenterium und des rechten Douglas fand. Erbsengrosse Knoten lagen ferner am Rande der Darmbeinschaufel und in der Leber.

An der eingeschnürten Stelle des Darms wurde ein gürtel-

Digitized by Google

förmiges Geschwür mit starren, wallartigen Rändern gefunden, das sich mikroskopisch als Cylinderzellensarkom erwies, welches in Leber, Peritoneum, Netz und retroperitonealen Lymphdrüsen Metastasen gemacht hatte.

Aus den bisher beobachteten Fällen von Darmkrebs im Kindesalter (Verf. fand 11 primäre Darmkrebse) ergiebt sich, dass derselbe meist Knaben befällt, und zwar findet er sich meist im Dickdarm, seltener im Mastdarm. Selten ist ausgesprochene Kachexie zu beobachten, sondern nur starke Anämie. Der Tod tritt sehr rasch ein. Operationen haben schlechte Erfolge, da die Diagnose erst sicher zu stellen ist, wenn schon Matastasen aufgetreten sind.

M. Moltrecht-Halle.

Beitrag zum Studium der bösartigen Nierengeschwülste im Kindesalter. Von Sorgente. (Annales de mèdecine et chirurgie infantiles. 1899, No. 24, 1900 No. 1.)

Bis zum Jahre 1876 waren die bösartigen Neubildungen im Kindesalter als eine grosse Seltenheit angesehen worden; seitdem Duran damals 182 Fälle von malignen Geschwülsten bei Kindern gesammelt, wurden immer mehr Fälle dieser Art bekannt, sodass die relative Häufigkeit maligner Neubildungen bei Kindern nun allgemein anerkannt ist.

Unter diesen nehmen die Nierengeschwülste den ersten Rang ein. S. bringt aus der Klinik von Concetti 5 Fälle von Nierensarkom, welche Kinder im Alter von 5 und 9 Monaten, von 2 und $7^1/_2$ Jahren betrafen. Verlauf des Leidens, Operation und histologischer Befund sind bei zweien der Fälle genau beschrieben. Eines der operierten Kinder kam mit dem Leben davon und zwar sind bereits 4 Jahre seit der Operation verschwunden, ohne dass sich ein Recidiv gezeigt hätte. Aus der Statistik anderer Operateure ergiebt sich ebenfalls die schlechte Prognose für diese Fälle, welche entweder nach der ersten Operation oder an Recidiv zu Grunde gehen, (ca. 90 Proc.). In den letzten Jahren scheinen aber die Fälle von definitiver Heilung zugenommen zu haben. S. rät daher dringend, sofort nach gestellter Diagnose stets die Nephrectomie vorzunehmen.

Netter-Pforzheim.

Ueber Eclampsie, Tetanie und Poliomyelencephalitis der Kinder. Von Concetti. (Allgemeine Wiener medicinische Zeitung No. 28, 1900.)

Die Eclampsie beruht auf einer speciellen neuropathischen Anlage, infolge deren sich leicht eine Epilepsie anschliessen kann. Die prädisponierenden Ursachen derselben bilden: neuropathische Belastung, Rhachitis, Syphilis, anatomische Veränderungen des Darmes, der Leber und der Nieren, leichte Zersetzbarkeit des Albumins der Gewebe, Anomalien des Nervensystems und andere anatomische Ursachen. Die Gelegenheitsursachen sind toxische, toxisch-infektiöse, autotoxische, mechanische, psychische Momente, Fremdkörper, Compression von Geweben, periphere schmerzhafte Reize. Die Therapie

Digitized by Google

ist causal. — Die Tetanie der Kinder hängt mit gastrointestinalen Störungen zusammen, oft findet sie sich mit Rhachitis vergesellschaftet. Sie charakterisiert sich durch tonische Krämpfe der Extremitäten. Es handelt sich vielleicht um miskroskopische, moleculare, nicht wahrnembare Veränderungen in den Nervenelementen; bei einigen protahierten Fällen wurden auch sichtbare Veränderungen in den Vorderhörnern beschrieben. — Bei schwächlichen, neuropathischen Kindern kommt nicht selten eine Symptomengruppe vor, welche grosse Aehnlichkeit mit den Symptomen der Meningitis hat (Kofschmerzen, Nystagmus, Puls arythmisch, langsam, Nackenstarre.) C. mahnt zur Vorsicht bei Stellung der Diagnose auf Meningitis, da er selbst zwei Fälle beobachtete, in welchen die bedrohlichen Meningitissymptome binnen einem Monate unter hygienisch-therapeutischer Diät (Abführmittel, Darmdesinfection) verschwanden. Diesen Symptomencomplex nennt C. Meningismus. — Die Poliomyelitis und Polyoencephalitis acuta sind im kindlichen Alter ziemlich häufig. Sie basieren auf Entzündung der grauen Substanz des Rückenmarkes oder der Hirnrinde und charakterisieren sich durch Lähmungen von spinalem oder cerebralem Typus. Das oft epidemische Auftreten der Krankheiten lässt an eine specifische, vielleicht mikrobische Ursache denken, in anderen Fällen liegen infectiöse und toxische oder intestinal-toxische Ursachen vor. Die Lähmungen sind je nach der Intensität und Lokalisation des Prozesses von verschiedener Art und Dauer. Schlaffe spinale Paralysen sind der Ausdruck eines vorgeschrittenen Anfalles von Poliomyelitis anterior acuta. Goldbaum-Wien.

Idiopathische Osteopsathyrosis. Von L. Lange. (Münchener med. Wochenschr. 1900, No. 25.)

Fälle von abnormer Knochenbrüchigkeit, bei denen sich für diese Erscheinung keine erkennbare Ursache findet, sind nicht sehr häufig. Verf. beobachtete einen solchen bei einem Kinde gesunder Eltern, das auch bis zum Alter von 22 Monaten keine Krankheitssymptome zeigte. Damals brach es sich bei einem Fall vom Sopha einen Oberschenkel, bald darauf, als es sich gegen eine Untersuchung wehrte, den andern. Jetzt folgten in kurzen Zwischenräumen 20 Frakturen der verschiedensten Knochen, die alle nach ganz geringen Gewalteinwirkungen auftraten. Bei Untersuchung des Kindes ergaben sich starke Deformitäten der unteren Extremitäten. Die Beine sind säbelförmig gekrümmt und seitlich abgeplattet, die Wadenmuskulatur atrophisch. Federnde Biegsamkeit der Knochen war nicht nachweisbar. Pat. kann nicht ohne Stütze stehen und sitzt mit stark aussenrotierten Beinen, so dass diese fast einen Kreis bilden. Die Arme werden frei gebraucht.

Für Rachitis fehlt jeder Anhalt, auch kommen bei dieser meist nur Infraktionen vor. Da ebenso die übrigen Grundkrankheiten für eine symptomatische Knochenbrüchigkeit auszuschliessen sind, wie allgemeine Ernährungsstörungen, Tumoren, bestimmte Nervenerkrankungen, so liegt hier eine idiopathische Osteopsathyrosis vor.

Nach einer Uebersicht über die Litteratur kommt Verf. zu den

Digitized by Google

Ursachen der Erkrankung. Das Leiden ist meist erblich. Ueber die pathologisch-anatomischen Grundlagen ist noch keine Einigkeit der Meinungen vorhanden. Nach Verf. handelt es sich nicht um absolut Dickenatrophie der Knochen, sondern um ein Ueberwiegen der zentralen Resorptionsvorgänge über die periostale Apposition. So entsteht eine äusserst dünne Corticalis. Die letzte Ursache hierfür ist aber gänzlich unbekannt. Vielleicht handelt es sich um den Einfluss trophischer Nerven.

Eine Therapie mit Arsen, Phosphor, roborierender Diät etc. gab geringe Erfolge. Einmal soll Thyrojodin von guter Wirkung gewesen sein. In vielen Fällen kommt die Krankheit von selbst zur Ausheilung.

M. Moltrecht-Halle.

Die Nährmittel-Industrie an der Jahrhundertwende, Von L. Fürst. (Reichs.-Med. Anzeiger, No. 15, 1900.)

Nach einem resumierenden Ueberblick über die moderne Nährmittel-Industrie, der Verf. mit Recht kein allzu grosses Loblied singt, äussert er sich dahin, dass die Aerzte — und die Laien folgen willig diesem Zuge — sich immer mehr von den künstlichen Nährpräparaten bei der Säuglingsernährung ab- und der Milch und den Milch-Präparaten zuwenden, d. h. im Vordergrunde steht die Ernährung mit der Mutterbrust, wo dies aber unmöglich ist, kommen die Kuhmilch oder die alten, ungesuchten, aber bewährten Milchpräparate an die Reihe. Bezüglich der Milch hat man während der letzten Jahrzehnte in rationeller Weise den Schwerpunkt wieder auf die Produktion gesunder, tadelloser Milch gelegt, die Molkerei- und Stallhygiene gepflegt. Höchstens billigt man solche Veränderungen an der Kuhmilch, wie Fett-Anreicherung, Caseïnlösung u. dgl., durch welche die Milch in ihrer Form, nicht in ihrem Wesen verändert wird. Auch das Condensieren der Milch im Vacuum mit Zuckerzusatz nach Nestlé's Vorgang hat wieder mehr an Beliebtheit gewonnen. Man ist nach Verf. darüber einig, dass in den ersten 3—4 Monaten Kuhmilch in irgend einer passenden Form die geeignetste Säuglingsnahrung ist, vom 5.—6. Monat an jedoch ein Brei, den man sich am besten mit dem schon vor etwa 30 Jahren von Nestlé angegebenen „Kindermehl", richtiger wohl „Milch-Zwieback-Pulver" bereiten kann. Das Präparat ist reich an Milch, stammt von absolut perlsuchtfreien, auf Alpenweiden lebenden Kühen, die Herstellung ist stets gleichmässig, (was allerdings nach neueren Anschauungen gerade kein Vorteil wäre Ref.) und erfolgt bei Temperaturen, welche eine vollkommene Sterilisation verbürgen. Das Weizenmehl des fein gemahlenen Zwiebacks enthält durch Röstung grösstenteils aufgeschlossenes Stärkemehl, das Präparat konserviert sich sehr lange und erhält fast ausnahmslos Wohlbefinden und Ernährung in gutem Stande. Das Präparat eignet sich deshalb in der Uebergangszeit zu festerer Kost neben keimfreier, fettreicher Milch als Säuglingsbeinahrung. Sie wird dann mit $1^1/_2$ J. durch Griesbrei, Fleischbrühe, später auch zartes Geflügel, Eier und die beim 2—3jähr. Kinde übliche Kost abgelöst. Das theoretische Vorurteil, das Nestlé'sche Kindermehl enthalte schwer assimilierbares

Digitized by Google

Stärkemehl, hat Verf. längst widerlegt u. a. a. O. betont, dass es nie Mesenterialdrüsenschwellung, nie Störung der Darmfunctionen verursacht, im Gegenteil gestörte Darmfunctionen, insbesondere Neigung zu Diarrhöen, wieder in Ordnung bringt. In zahlreichen Fällen hat er die Erfahrung gemacht, dass das Präparat gerade zwei Haupt-Indicationen der Kinderdiätetik erfüllt, nämlich, auf angenehme Weise zu sättigen und das Körpergewicht konstant zu steigern, also der Atrophie entgegenzuwirken. S.

Ueber Houthin. Von Frieser. (Wiener medicinische Blätter No. 29, 1900.)

Das in Verkehr gebrachte Mittel „Houthin" ist ein keratinisiertes Tanninalbuminpräparat. Es ist ein feines, gelblichgraues Pulver, welches in Wasser unlöslich ist, in Alkohol und Aether jedoch sich leicht löst. Es ist vollkommen geschmack- und geruchlos. — F. hat das Houthin in 38 Fällen von katarrhalischen Darmerkrankungen und Sommerdiarrhöen der Kinder durchwegs mit sehr gutem Erfolge zur Anwendung gebracht. Die Resultate, die er damit erzielte, sprechen für die ausserordentliche Wirkung und Verwendbarkeit desselben; es ist das beste aller bisher bekannt gewordenen Darmadstringentien, es ist in seiner Wirkung verlässlich, es ergiebt einen viel rascheren und nachhaltigeren Heilerfolg als die bisherigen Mittel, es belästigt den Magen in keiner Weise und wird sehr gut vertragen. Schon nach kurzem Gebrauche wurden die diarrhöischen Stühle consistenter und seltener und nahmen eine normale Beschaffenheit ein, die Kolikschmerzen hörten auf und die Symptome des Darmkatarrhes schwanden vollends. F. verordnet das Präparat in Pulver, oder auch in Salepdecoct in Einzelgaben von 0,2 bis 0,5 gr. dreimal täglich. Auch äusserlich als Streupulver bei secernierenden Wunden und Geschwüren angewendet, bewährt sich das Houthin als vorzüglich adstringierendes Mittel.

Goldbaum-Wien.

Ueber die Anwendung des Epicarins bei einigen Hautaffectionen der Kinder. Von Krauss. (Allgemeine Wiener midicinische Zeitung Nr. 23, 1900.)

Das Epicarin ist ein Condensationsprodukt von Kreosotinsäure und Naphthol. Es stellt ein rötliches Pulver dar, welches in Alkohol. Aether und Vaselinöl leicht löslich ist, schwach nach Essigsäure riecht, völlig ungiftig ist und antimykotisch und antibakteriell wirkt. Verf. hat es bei 13 Fällen von Scabies, 2 Fällen von Herpes tonsurans, 3 Fällen von Prurigo und vier Fällen von Eczema chronic. in folgender Form angewendet:

Rp. Epicarin 5.0
Lanolin 90.0
Ol. olivar. 10.0
DS. Aeusserlich.

Gegen Scabies wirkt das Mittel günstig, bei bereits infolge des

Digitized by Google

Kratzens vorhandenem Eczem wurde letzteres allerdings verschärft. Das Jucken verschwand schon nach der ersten Einreibung. Die Dauer der Behandlung schwankte zwischen 4—14 Tagen. Einen vorzüglichen Effect hatte des Epicarin auch bei Herpes tonsurans, bei welchem in 8 Tagen Heilung eintrat. Bei Prurigo war eine Linderung zu beobachten, dagegen versagte das Mittel vollständig bei Eczema chronic.

Goldbaum-Wien.

Gesundheitspflege.

In seinem Werkchen „Anleitung zur Zahn- und Mundpflege" stellt Dr. C. Röse folgende Leitsätze der Zahn- und Mundpflege auf: 1) Vergiss' lieber das Gesicht zu waschen, als den Mund und die Zähne zu reinigen. 2) Erziehe Deine Kinder so früh wie möglich zur Zahnpflege. Was in der Jugend versäumt ist, lässt sich im späteren Alter nie wieder gut machen. Die Gesunderhaltung der Milchzähne ist genau so wichtig wie die der bleibenden Zähne. 3) Hüte Dich vor süssen Näschereien und vor zu weicher Nahrung! Das kräftige Kauen eines derben, dickrindigen Schwarzbrotes ist die beste natürliche Schutzvorrichtung gegen Zahnverderbniss. 4) Vergiss' vor Allem nicht, abends vor dem Schlafengehen die Mundhöhle zu reinigen! Wer nur morgens putzt, deckt den Brunnen zu, nachdem das Kind hineingefallen ist. 5) Die mechanische Reinigung mit Hilfe von Zahnbürste und Zahnstocher bildet die Grundlage jeder künstlichen Zahnpflege. 6) Antiseptische, aber dabei unschädliche Mundwässer und gute Zahnpulver sind durchaus empfehlenswert zur Vervollständigung der künstlichen Zahn- und Mundpflege. Mundpflegemittel, die die Schleimhaut ätzen oder die Zähne entkalken, sind unbedingt zu vermeiden. 7) Man lasse die Zähne jährlich 1—2 Mal vom Zahnarzte nachsehen, damit Erkrankungsherde entdeckt und beseitigt werden können, bevor sie umfangreich geworden sind. 8) Der Zahnstein soll von Zeit zu Zeit gründlich entfernt werden. 9) Kranke Zähne und Wurzeln, die durch Wurzelbehandlung nicht mehr erhalten werden können, müssen unter allen Umständen ausgezogen werden, gleichgültig ob sie augenblicklich schmerzen oder nicht. 10) Suche bei deinen Kindern die gesunde Entwickelung der Zähne zu fördern, indem du der Mutter vor der Geburt und während des Stillens, dem Kinde selbst besonders in den ersten Lebensjahren kräftige, nährsalzhaltige Nahrung (Milch, Eier, grüne Gemüse) verschaffst.

S.

Rezensionen.

Zur Geschichte der Prophylaxe. Von Dr. S. Goldschmidt. Abteilung XIII des Handouchs der Prophylaxe von Nobiling-Jankau. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 1 Mk. 50 Pf.

Auf 42 Seiten wird uns hier ein Gebiet entrollt, das ebenso

Digitized by Google

der Geschichte der Medizin wie der Kulturgeschichte angehört und dessen Bedeutung dem jungen Arzt erst in neuerer Zeit auf den Universitäten klar gelegt wird.

Wir sehen, wie sich die Fürsorge um die Gesundheit schon beim Urmenschen entwickelte, wie dieser die Entstehung und Ursache der Krankheiten sich vorgestellt haben mag, wie sich die alten Kulturvölker die Grundursache der Krankheit dachten, welche manchmal ganz vernünftige Massnahmen dieselben zum Zwecke der Erhaltung ihrer Gesundheit trafen, welche oft aber uns heute ganz unverständlichen Verordnungen sie erliessen, die dem Aberglauben oder der persönlichen Auffassung eines Priesters entsprangen.

Der erste Teil führt uns ein in die hygienischen Bestrebungen der alten Indier bei Geburt, Wochenbett, Sterbefall, Hausbau u. ä., erklärt uns die Marktverordnung des Confucius, die Vorschriften in Bezug auf Essen, Wohnung und Reinlichkeit bei den Chinesen, die von Moses eingeführten und mit grosser Strenge gehandhabten Ge- und Verbote betreffs des Essens, die Aufsicht über das Schlachten u. a. m. Unter den genannten drei Völkern stehen jedenfalls die Bestrebungen des Talmud wissenschaftlich am höchsten.

Zum Schlusse behandelt er das aufgeworfene Thema bei den alten Assyrern, Egyptern, Römern und Griechen.

Im zweiten Teil bespricht Verf. einzelne prophylaktische Massregeln: er zeigt uns zunächst, welch' grosser Wert schon im grauen Altertume auf gutes Trinkwasser gelegt wurde. Die nächsten Kapitel bringen einen historischen Ueberblick über das Baden, über Leichenbestattung, über Fleischversorgung und die dazu gehörigen gesetzlichen Bestimmungen (speziell auch bei unseren Vorfahren), endlich über die persönliche Prophylaxe, ein Punkt, der zuviel Interessantes bietet, um hier eingehender besprochen werden zu können.

Im dritten Teil kommt Verf. auf die historische Entwickelung in der Prophylaxe der epidemischen Krankheiten und bespricht in erster Linie die Pocken und die verschiedenen Stadien der Entwicklung des Impfens, dann den Aussatz und die venerischen Erkrankungen, zum Schluss die Pest und die Cholera asiatica.

Auch dieser Band bietet dem Arzte viel Neues und Wissenswertes und ist dem Studium sehr zu empfehlen, das durch die Kürze des Ausdruckes, die Klarheit der Darstellung und durch das Anziehende des Stoffes zu einem sehr angenehmen wird.

von Schnizer-Auantz.

Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Von Professor Dr. E. Zuckerkandl. I. Heft: Kopf und Hals. Mit 14 Figuren in erläuterndem Texte. Wien und Leipzig, Wilh. Braumüller, 1900. Preis 12 Mark.

Der bekannte Anatom bringt in dem vorliegende Atlas Ansichten von Körpergegenden, wie er sie in seinen Vorlesungen über topographische Anatomie seinen Hörern vorzuführen pflegt. Desshalb sind überall die an den Objecten vorgefundenen Varietäten unverändert aufgenommen worden, was vom praktischen Standpunkte aus sehr zu billigen ist. Die Abbildungen sind ausserordentlich klar und

Digitized by Google

scharf, der begleitende Text bringt kurz und prägnant alles Nötige. Das Werk ist auf 5 Hefte berechnet und ist in dem vorliegenden die topographische Anatomie des Kopfes und Halses in 219 Abbildungen zur Darstellung gebracht. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich. S.

Die Prophylaxe der Krankheiten im Kindesalter. Von Priv.-Doc. Dr. A. Fischl. Abtlg. III des Nobiling-Jankau'schen Handbuchs der Prophylaxe. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 2 Mark.

Es ist dem Verf. in ganz ausgezeichneter Weise gelungen, in dem 74 Seiten umfassenden Werkchen das Wichtigste aus der Prophylaxe der Krankheiten des Kindesalters in der ihm eigenen klaren und geistreichen Weise vorzuführen.

Von dem Anfangskapitel der Prophylaxe der Neugeborenen bis zum Schlusskapitel der kurativen Prophylaxe versteht es Verf. die Aufmerksamkeit der Leser reger zu erhalten und eine Masse Wissenswertes, zum grossen Teil auf eigenen persönlichen Anschauungen und Erfahrungen beruhend, vorzubringen. S.

Encyklopädie der Therapie. Herausgegeben von Prof. Dr. Liebreich, Prof. Dr. Mendelsohn und S.-R. Dr. Würzburg. III. Band. Berlin, Aug. Hirschwald, 1900. Preis des ganzes Werkes (3 Bände) 72 Mark.

Mit dem 3. Bande, der von „Seçale coruatum" bis „Zymotische Krankheiten" geht und zum Schlusse ein ausführliches Sachregister über das ganze Werk enthält, gelangt die „Encyklopädie der Therapie" zum Abschluss. Das Werk gereicht der deutschen Wissenschaft zur Zierde, den Herausgebern, Mitarbeitern und dem Verleger zur grossen Ehre. Zu einem verhältnismässig billigen Preis wird hier eine Zusammenfassung der Therapie nach jeder Richtung hin geboten, die den Anforderungen der modernen Medizin in jeder Weise und im besten Sinne gerecht wird. Bei aller praktischen Anlage und Brauchbarkeit steht das Werk auf der höchsten Stufe wissenschaftlicher Darstellung. Die lexikographisch angeordneten Stichworte, deren es nicht weniger als 5466 zählt, lassen im Augenblicke jedes Heilmittel, jeden Badeort, jede Arzneipflanze, jede Massnahme der einzelnen Methoden, jedes Hilfsmittel der Krankenpflege und gleichzeitig auch jede Krankheit, jede besondere Affektion sowohl wie jede einzelne Krankheitserscheinung, auffinden und dem augenblicklichen praktischem Zwecke nutzbar machen.

So sei denn dieses „standard work" allen Kollegen auf's angelegentlichste anempfohlen! S.

16. Jahresbericht über die Forschritte und Leistung auf dem Gebiete der Hygiene. Herausgegeben vom Med.-Rat Dr. A. Pfeiffer. Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn, 1900. Preis 9 Mark.

Der 16. Jahresbericht bringt eine Uebersicht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene im Jahre 1898. Als Heraus-

Digitized by Google

geber ist an die Stelle des von der Redaction aus Gründen amtlicher Geschäftsüberhäufung zurückgetretenen Med.-Rat Dr. Wehmer M.-Rat Dr. A. Pfeiffer getreten, der im vorliegenden Berichte unter Mitwirkung einer Anzahl von Fachautoritäten eine vorzügliche Uebersicht über die Leistungen der Hygiene im Jahre 1898 nach den verschiedensten Richtungen hin gegeben hat. S.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Sclerema neonatorum oedematosum im Zusammenhang mit ausgedehnter Lungenblutung. Von J. Essen.

Bei einem 2100 g schweren und 43 cm grossen Zwillingskinde wurde bald nach der Geburt die Atmung oberflächlich, die Herzaktion schneller und schwächer. Unter Entwicklung von Oedemen, wobei die Haut glänzend und hart wurde, ging dann das Kind nach 8 Tagen zu Grunde. Die Sektion ergab neben klarer Flüssigkeit im Unterhautzellgewebe eine starke Blutung in die Lungen. Die Wandungen der sehr gefüllten Venen schienen unter dem Mikroskop eingerissen, ebenso die elastischen Fasern der Alveolen.

Die Lungenblutung erklärt Verf. durch Lungenblähung (vielleicht durch Vagus-Reizung?) und gleichzeitige Dehnung der elastischen Fasern der Alveolen und der mit ihnen verbundenen Gefässwände, wodurch eine Kapillar- und Venenruptur entstand. Das Sclerema ist dann eine Folge der durch den Widerstand in der Lunge bedingten Stauung im grossen Kreislauf.

(Münch. med. Wochschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Erfahrungen über den therapeutischen Wert des Tussol. — Von J. W. Frieser. —

Das Tussol (mandelsaures Antipyrin) hat sich als das beste der bisher bekannten Mittel gegen Keuchhusten erwiesen. Die Heftigkeit und die Frequenz der Hustenanfälle werden unter seiner Darreichung herabgesetzt und nach kurzer Zeit zum Stillstande gebracht. Auch bei den Komplikationen der Pertussis wie Bronchitis, Pneumonie u. s. w. wurden bei Tussolverabreichung ein milderer Verlauf und rasche Heilung beobachtet. Die Wirkung des Mittels ist zumeist prompt und zuverlässig, irgendwelche Nebenwirkungen unangenehmer Art waren nicht zu beobachten. Die Wirkung des Tussols ist auf seine ausgezeichneten sedativen und reflexhemmenden Eigenschaften zurückzuführen (Antypirinwirkung! Red.). Das Tussol ist ein weissliches, im Wasser leicht lösliches Pulver von nicht unangenehmem Geschmack. Es wird in wässeriger oder alkoholischer Lösung mit irgend einem Syrup verordnet, die Tagesdosis beträgt soviel Dezigramm, als das Kind Jahre zählt, die Verabreichung geschieht zweistündlich.

(Wiener med. Pr. 1900). Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

— Rasche Methode zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie. Von L. Concetti.

Betupfen der verdächtigen Stellen mit einem Wattebausch, der imprägnirt ist mit durch Glucose glycerinirtem Agar. Von der steril verwahrten und bebrüteten Watte lassen sich dann schon nach 4 Stunden Deckglaspräparate herstellen. Färbung derselben nach Neisser mit Methylenblau und Vesuvin, wodurch man die echten Diphtheriebazillen erkennen kann.

(Wien. med. Wochschrift 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Leberthraninjektionen bei Tuberkulose. Von W. Zeuner.

Aus den Versuchen bei einem sehr weit geschwächten Kranken geht hervor, dass Injectionen von Pankreatin-, Galle-, Kochsalzleberthranemulsionen in den Darm selbst von einem Schwerkranken gut vertragen werden. Nach 10—12 Stunden bereits ist eine genügende Resorption des eingespritzten Leberthranes erreicht, die im Tag 75 g der Fettemulsion betragen kann. Es ist nicht immer nötig vor dem Fettnährklysma ein Reinigungsklystier zu geben. Tägliche Wiederholung des letzteren reizt mit der Zeit leicht den Darm. Als therapeutischen Nutzen erreichte Verf. eine wesentliche Besserung in dem Befinden, sowohl subjektiv wie objektiv. Die Leberthraninjektionen haben jedenfalls den Vorzug, dass sie, vorsichtig ausgeführt und individuell angewendet, keinen Schaden bringen, dagegen den Magen des Kranken schonen, sogar anregen können.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Nach v. Ranke kann an der Thatsache kein Zweifel bestehen, dass Eselsmilch für Säuglinge der ersten Lebensmonate eine passende und zuträgliche, leicht verdauliche Nahrung darstellt. Der prozentualische Fettgehalt ist zwar ein geringerer als in der Muttermilch, aber die wichtigste Bedingung der Zuträglichkeit der Milch für den Säugling ist nicht sowohl der hohe Fettgehalt, sondern das ausschlaggebende Moment ist in dem Verhältnis der in der Milch enthaltenen Eiweisstoffe zu suchen.

(Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 22.) Schnell-Egeln.

— Nach Hecht sind Blutentziehungen bei akuter Nephritis geboten: 1) bei dem Ausbruch der Uraemie, wenn die sonst üblichen Methoden der Diaphorese, Diurese und der Abführmittel im Stich lassen; 2) wenn Herzschwäche eintritt und der Hydrops trotz medicamentöser Behandlung immer bedrohlichere Dimensionen annimmt.

(Dtsch. med. Wchsch. 1900.) Schnell-Egeln.

— Stembo machte während einer länger dauernden Scharlach-Epidemie die Beobachtung, dass eine Schwellung der Lymphdrüsen ein bis zwei Tage mit leichten Fieberbewegungen einer Nephritis voranging und der Verminderung dieser Schwellung auch ein Nachlass respektive ein Schwinden der Nierenentzündung folgte.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1900 Nr. 22.) Schnell-Egeln.

Digitized by Google

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Heroin muriat. 0,03—0,05
Aq. lauroceros. 10,0
DS. 2—3 mal tgl. 10—15 Tropfen
Pertussis.
(Hintner.)

Rp.
Ol. Lin.
Aq. Calc. aa 10,0
Zinc. oxydat.
Cret. praep. aa 15,0
Mf. past DS. äusserlich
(Pasta zinci mollis)
Eczem. Combustion.
(Unna.)

Rp.
Tct. Jod. gtt. V—VIII.
Aq. destillat. 70,0
Syr. simpl. 10,0
MDS. 2 stdl. 1 Kaffeel.
Enteritis, Gastro-Enterit acut.
(Callaneo.)

Rp.
Jodoform. 0,1
Mel. 100,0
DS. kaffeelöffelw.
Tuberculos.
(Besnier.)

Rp.
Camphor. pulv. 0,5
Zinc. oxydat.
Bismuth. subnitr. aa 7,5
Talc. pulv. 20,0
MDS. Streupulver (vorher Waschung mit Borwasser)
Eczem. an.
(Broy.)

Rp.
Argent. nitric. 0,02—0,03
Aq. destillat. 50,0
DS. zum Klystier (auch innerlich stdl. 1 Kaffeel.)
Gastroenterit. acut.
(Debove.)

Kleine Mitteilungen.

Ein neues und sehr vereinfachtes Desinfektionsverfahren für Wohnungen ist dasjenige vermittelst der Carboformal-Glühblocks (Patent Kroll-Elb) der chem. Fabrik Max Elb in Dresden. Dieselben entwickeln beim Verglühen Ströme von Formaldehydgas, welche den zu desinfizierenden Raum erfüllen. Das F. besitzt die Eigenschaft (vid. die neuen Versuche v. Enoch „Eine neue Desinfektionsmethode mittels Formaldehyd" Hygien. Rundsch. Nr. 25 1899), sämtliche Bakterien, mit denen es in Berührung kommt, abzutöten. Die Carboformal-Briquetts zeichnen sich durch ihre ausserordentliche Einfachheit, ihre Billigkeit, ihre für jeden Laien leicht zu handhabende Inbetriebsetzung und ihre gute Wirkung vor allen bis jetzt konstruierten Desinfektionsapparaten aus. Durch die den Glühblocks beigegebenen klare Anweisung kann jeder einigermassen Verständige die Desinfektion zuverlässig besorgen; die Desinfektions-Methode mittelst der C.-Glühblocks ist daher als ein grosser Fortschritt in der Wohnungsdesinfektion zu betrachten.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Oktober 1900.** **Heft 10.**

Inhalt: Originalien: **Klages,** Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter (Schluss), 217. -- **Friedmann,** Die Anurie der Neugeborenen, 228. — Referate: **Gallois,** Skrofulose, 229. — **Aleksejew,** Pathologie der Bronchialdrüsen, 230. — **Bonnaire u. Keim,** Parotitis, 231. — **Vidal,** Chorea, 231. — **Cohn,** Tannin- und Silberpräparate, 232. — **Bergel,** Argentamin, 232. — **Hoffa,** Spondilitis, 234. — Gesundheitspflege: **Frankenburger,** Obligatorische und fakultative Jugendspiele. 234. — Rezensionen: **Neumann,** Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten, 2. Aufl., 236. — **Friedmann,** Die Pflege und Ernährung des Säuglings, 236. -- **Adler u. Kronfeld,** Medizinische Chronik des 19. Jahrhunderts, 236. — **Röse,** Anleitung zur Zahn- und Mundpflege, 4. Aufl., 237. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft, 238. — Rezeptformeln für die Kinderpraxis, 240. — Kleine Mitteilungen, 240.

Beitrag zur Lehre von der Schrumpfniere im Kindesalter.

Von Dr. **Hermann Klages** in Leipzig.

(Schluss.)

Ein ähnlicher anamnestisch nicht ganz klarer Fall liegt dieser Arbeit zu Grunde. Er stammt aus dem Material der Privat-Poliklinik für Kinderkrankheiten des Herrn Privatdozenten Dr. J. Lange zu Leipzig, für dessen gütige Ueberlassung ich Herrn Dr. Lange auch an dieser Stelle meinen ergebenen Dank sage. Durch seinen Verlauf und das bis jetzt sich zeigende Ergebniss ist der Fall nicht uninteressant; ich möchte mir deshalb erlauben, ihn zu publizieren, auf Grund der Daten und Thatsachen, wie sie anamnestisch und durch die Untersuchungen und Beobachtungen während der Krankheit des Patienten von Herrn Dr. Lange selbst festgestellt wurden, als auch auf Grund der von mir selbst erhobenen Befunde in einem Zeitabschnitt des Krankheitsprozesses, wie er momentan noch vorliegt.

Kurt M., 12½ Jahr alt, Musikdirektors Sohn: Stammt von gesunden Eltern, von fünf Geschwistern sind zwei gestorben, das eine im Alter von drei Jahren an unbekannter Krankheit, das andere, 20 Jahre alt, an einem Lungenleiden. Bis zu seinem dritten Lebensjahre ist der Knabe nie krank gewesen, er war bis dahin ein in jeder Beziehung normales und kräftiges Kind. Im dritten Lebensjahre bekam

Digitized by Google

er eine Lungenentzündung, an die sich Scharlach mit starkem Exanthem und ausgesprochener Halsaffektion anschlossen. Der damals behandelnde Art wollte auch eine Kombination mit Spitzpocken für vorliegend halten. Der Knabe wurde wieder völlig gesund, soweit man nach der Aussage der Mutter die völlige Genesung anerkennen will. In den folgenden 8 Jahren glaubt die Mutter ferner, dass der Knabe nie wieder krank gewesen ist. Plötzlich am 1. September 1898 klagt er über Kreuzschmerzen, Kopfweh und bekam hohes Fieber, nachdem der Knabe länger als gewöhnlich sich in einem Flussbade aufgehalten hatte. Der hinzugerufene Arzt konstatierte eine hämorrhagische Nephritis, die einen subacuten Verlauf nahm; es trat kolossaler Hydrops, Ascites auf. Der Knabe blieb konstant im Bett, das Oedem blieb stark, besonders an der Knöchelgegend der unteren Extremität, dasselbe war auffallend fest. Das Gesicht war sehr blass, im Urin viel Eiweiss und alle Arten von Cylinder neben roten und weissen Blutkörperchen. Die genaueren Daten sind folgende:

Anfang November 1898 wurde der Knabe in Behandlung genommen, er hatte damals intensiven Ascites, Pericardialerguss, Oedem und Anasarca, gleichfalls fand sich ein Erguss in die Pleurahöhlen. Er bekam verordnet zweimal täglich Bäder zu 32° C. und Extr. fluid. secal. cornuti. Der Harn, der an Menge täglich ca. 1500 bis 1750 ccm betrug, hatte viel Epithelien und viele Cylinder aller Arten, der Eiweissgehalt betrug 7—8 ‰.

März 1899. Während einiger Wochen trat eine plötzliche Verschlimmerung ein. Anasarca nahm zu. P. hatte Erbrechen und Schwindel, Harnmenge sank auf ca. 300—400 ccm. Dieser Bestand dauerte 14 Tage lang, dann trat ebenso plötzlich wieder Besserung ein. Albumen blieb stets 6—8 ‰.

Ende Mai kam der Knabe auf das Sopha.

25. V. 1899. Seitdem nahmen die Oedeme ab, sie wurden geringer, ebenso das Anasarca, der Eiweissgehalt des Harns sank auch auf ca. 4 ‰ bis 4½ ‰.

Am 31. V. 1899 wurde eine Hypertrophie des Herzens konstatiert.

Am 17. VI. Oedem kaum noch vorhanden, Eiweiss 3½ ‰.

1. VII. Oedem an der unteren Extremität fast völlig geschwunden, Eiweiss 3⅗ ‰. Patient war die letzten Tage sehr elend, klagt besonders über grosse Hitze, schwitzt sehr stark. Er ging nach dem Soolbad Dürrenberg. Hier blieb er vier Wochen, bekam täglich Soolbäder.

12. VIII. Oedem an den Knöcheln gering, Allgemeinbefinden und Appetit nach seiner Rückkehr gut. In den vier Wochen seines Badeaufenthaltes 4 Pfund Gewichtszunahme. Die linke Herzdämpfung erstreckt sich bis 1,5 cm ausserhalb der Mammillarlinie. Eiweiss noch reichlich vorhanden, nach dreimal 24 Stunden 5 ‰ Eiweiss nach Esbach.

19. VIII. Oedem gering, cor: status idem, Albumen noch reichlich.

26. VIII. Es stellt sich Oedem des Gesichtes ein, das Herz noch um 1 cm nach links verbreitert, viel Eiweiss.

Digitized by Google

22. IX. Subjektives Befinden besser, geringes Oedem, das Herz nur gering verbreitert über die linke Mammillarlinie.

30. IX. Status idem, pulsus parvus, 90 pro Minute.

4. XI. Aussehen besser, Eiweiss nach Esbach 3‰, vor acht Tagen 3‰.

25. XI. Eiweiss nach Esbach etwas über 2‰, Befinden wieder etwas schlechter.

9. XII. Allgemeinbefinden gut, Eiweiss nach Esbach 4‰.

14. XII. Allgemeinbefinden weiter günstig, nach einigen leichten turnerischen Uebungen — conaminis causa — steigt das Eiweiss auf 7‰.

25. XII. Subjektives Wohlbefinden. Herzdämpfung 2,5 cm links ausserhalb der Mammillarlinie, rechts fast normal, oben: oberer Rand der dritten Rippe.

Status praesens.

Ein 13jähriger Knabe.

Körpergrösse: ca. 147 cm,
Körpergewicht: 42 kg,
Körperbau: gracil, normal,
Ernährungszustand: mässig,
Muskulatur: schwach bis dürftig,
Haut: blass, anämisch, etwas trocken.

Thorax:

a) Form: Die untere Thoraxapertur ist verbreitert, die Gegend des Herzens auf der vorderen linken Brusthälfte erscheint etwas vorgewölbt.

b) gleichmässiges Atmen: Die rechte Seite schleppt bei der Inspiration etwas nach.

Lungengrenzen:

c) Die Lungenlebergrenze in der rechten Mammillarlinie zeigt der obere Rand und in der Parasternallinie der untere Rand der fünften Rippe an.

b) Die absolute Herzdämpfung erstreckt sich rechts bis zum linken Sternalrand, nach links bis 2—3 Querfinger von der linken Mammillarlinie ab, die obere Grenze giebt der obere Rand der dritten Rippe an.

Vergleichende Perkussion und Auskultation der Lungen vorn ergiebt auf beiden Seiten sonoren Lungenschall, etwas verschärftes Vesikuläratmen.

Herz:

Der Spitzenstoss ist im 4. J. C. R. ein Finger breit ausserhalb der Mammillarlinie zu fühlen, verbreitert, deutlich hebend; Pulsation im Epigastrium nicht vorhanden.

Die relative Herzdämpfung erstreckt sich nach rechts bis an den rechten Rand des Sternums, nach oben bis in den 2. J. C. R. und bis zum unteren Rand der zweiten Rippe, nach links bis zu fünf Querfingerbreite von der linken Mammillarlinie ab.

Die Herztöne sind deutlich zu hören; von denen der Pulmonalis erscheint der zweite Ton verstärkt, zeitweise hat er einen doppelten Anschlag der zweite Aortenton ist rein, verstärkt; auch der zweite

Digitized by Google

Mitraliston erscheint verstärkt, sonst aber ist er rein, wenn auch weniger voll kingend.

Die Frequenz des Pulses beträgt durchschnittlich 90 pr. M.; der Puls ist zwar voll, aber nicht übermässig stark, kein Drahtpuls. Seiner Form nach erscheint er bisweilen geteilt, dies häufiger an der rechten als linken Radialis; sonst ist er regelmässig, aber ungleich. Die Füllung der Arterie ist gut, ihre Wand von mässiger Spannung.

Die Untersuchung des Thorax auf der Rückseite ergiebt in der vergleichenden Perkussion und Auskultation der Lungen nichts Anormales oder Auffälliges. Die rechte Spitze hat etwas verkürzten Schall und das Atemgeräusch ist etwas hauchender.

Abdomen:

Der Leib ist hoch, aber von weicher Konsistenz, abnormer Inhalt von Flüssigkeit ist nicht vorhanden.

Die untere Lebergrenze reicht bis zwei Finger breit unter den Rippenrand u. z. in der Mammillarlinie; die Leber ist palpabel, ihr unterer Rand deutlich glatt zu fühlen. Die Konsistenz scheint etwas härter, die Oberfläche zeigt keine wahrzunehmenden Unebenheiten.

Die Milz ist perkutierbar, vielleicht etwas vergrössert, aber nicht palpabel.

Am Augenhintergrunde ist nichts Anormales zu konstatieren.

Die Urinmenge betrug nach täglichen, durch mehrere Wochen hindurch fortgesetzten Messungen im Durchschnitt ca. 1755,3 ccm pro die. Das spezifische Gewicht schwankte zwischen 1012 und 1013, der Eiweissgehalt zwischen 4 und 5‰. Spezifische Formelemente irgendwelcher Art konnten trotz mehrfacher genauer Untersuchungen im Urin nicht gefunden werden. Einige Harnsäurekrystalle kamen jedoch vor.

Einen eigenartigen und bemerkenswerten Umstand möchte ich zu erwähnen nicht unterlassen, dass nämlich der Knabe bei schlechten klimatologischen Verhältnissen oder, sobald nur eine Veränderung in den bestehenden Witterungszuständen zum schlechtern eintritt, auch in dem Allgemeinverhalten sowohl seines Körpers wie auch seines Gemütes eine Verschlechterung zeigt. Dieser Zustand macht sich zuerst durch eine Gemütsdepression geltend, der Knabe wird unartig, traurig, mürrisch, er klagt über Unwohlsein und Kopfschmerz, er hat keinen Appetit, dann machen sich aber auch die Wirkungen auf seine spezifischen Leiden geltend, die Quantität des Urins nimmt zu, der Eiweissgehalt wird im ganzen erhöht. Tritt dann wieder gutes Wetter ein, so verbessert sich auch das Befinden des Kranken.

Die bemerkenswertesten Charakteristika aus dem Symptomenkomplex des gesamten Krankheitsbildes — kurz nochmals zusammengefasst — sind folgende:

Der Knabe hat im Alter von 3 Jahren eine Scharlachinfektion durchgemacht, die sehr schwere Erscheinungen damals gezeigt hat, ob eine komplizierte Nephritis sich später eingestellt hat oder zugleich auftrat, ist unsicher und nicht mehr zu eruieren. Während der darauffolgenden 8 Jahre ist er nie bemerkenswert krank gewesen. Dann setzt plötzlich eine hämorrhagische Nephritis ein, die einen subacuten Verlauf nimmt, starke Oedeme, Eiweiss, Cylinder, rote und

Digitized by Google

weisse Blutkörperchen, Herzhypertrophie, und deren Endergebnis sich noch folgendermassen präsentiert: ein blass-anämischer, nervösreizbarer, schwächlicher Knabe, Urinmenge vermehrt, spezifisches Gewicht niedrig, der Eiweissgehalt relativ hoch neben gleichzeitigem Fehlen von spezifischen Formelementen. Von cerebralen Symptomen sind Kopfschmerz, Unwohlsein, zeitweiliges Erbrechen, von intestinalen starker Durst und Diarrhöen zu erwähnen.

Eine weitere bemerkenswerte Thatsache ist die Herzhypertrophie und die starke Accentuierung des 2. Tones — eine fast pathognomonische Erscheinung bei Schrumpfniere. Differential-diagnostisch käme neben Schrumpfniere nur die chronische parenchymatöse Nephritis bei der langen Dauer der Krankheit in Betracht. Auch bei dieser Krankheit findet sich konstant ein hoher, vielleicht noch höherer Gehalt an Eiweiss, aber auch an Formelementen, die Harnmenge ist vermindert, das spezifische Gewicht ist meistens erhöht.

Nach L. Thomas (Diffuse Nierenerkrankungen, Handbuch der Kinderkrankheiten 4. B., S. 262) entwickelt sich die chronische parenchymatöse Nephritis bei Kindern aus der akuten Erkrankungsform, also meistens im Gefolge gewisser primärer Affektionen, als dass sie wie bei Erwachsenen von vornherein chronisch, unmerklich beginnt. Da nun aber die infantile akute Nephritis, wenn sie nicht den Tod herbeiführt, fast stets in vollständige Genesung endet, so muss die chronische parenchymatöse Nephritis im Kindesalter selten sein. Sie findet sich vorzugsweise im Anschluss an Scharlach, erscheint aber auch nach den übrigen die akute Nephritis erzeugenden primären Affektionen und sonstigen Ursachen, ganz besonders auch nach Erkältung.

Bartels sah $1^1/_2$ Jahr nach Ablauf des Scharlachs eine chronische Nephritis eintreten, West (Kinderkrankheiten, 5. Auflage p. 406) fand ihre Zeichen $2^1/_2$ Jahr nach Hydrops scarlatinosus. Thomas kannte einen sehr anämischen Kranken, der viele Jahre konstant Eiweiss verlor und seine Nephritis auf Jugendscharlach zurückführte. Bartels will sogar eine chronische parenchymatöse Entzündung heilen gesehen haben.

Wenn der Ausfall der verloren gegangenen Harnkanälchen nicht allzugross ist, so leidet auch die Funktion der Nieren keine Störung. Ist indessen zwischen den Harnkanälchen zu reichliches Bindegewebe entstanden, und der Druck, den dies schliesslich auf seine Umgebung ausübt, ein allzubedeutender, so wird dadurch eine Obliteration noch wegsamer Glomeruli und damit weitere sekundäre Atrophie absondernden Nierengewebes herbeigeführt, und „die chronische parenchymatöse Nephritis endet in sekundäre Schrumpfniere". Bartels hielt hier nun an der Bezeichnung chronische parenchymatöse Nephritis fest.

Beginnt die chronische parenchymatöse Nephritis aber unmerklich, so weist kein Zeichen auf die Krankheit hin, als die Verminderung der Harnmenge und die Absonderung eines trüben, konzentrierten, in auffälliger Weise Uratsedimente darbietenden Harns, Albumen, Epithel, Cylinder, Detritus, stets weisse, fast nie rote Blutkörperchen finden sich, Fieber, örtliche Schmerzen, Appetitlosigkeit und dergl. fehlen fast vollständig.

Digitized by Google

In vielen Fällen kommt es zu vollständiger Genesung, weil nicht selten während des Heilungsprozesses oder nachträglich ein grosser Teil des Nierengewebes durch die sekundäre Schrumpfung des neugebildeten Gewebes wieder zu Grunde geht. Dann fahren die Nieren fort nach Ablauf der Entzündung Eiweiss auszuscheiden, jedoch nimmt die Menge des Eiweisses allmählich mehr und mehr ab.

Die Dauer der chronischen parenchymatösen Nephritis ist sehr verschieden nach der Ursache, die sie herbeiführte; sie ist kurz, wo sie nur die Brücke zur Endkatastrophe ist, in anderen Fällen sehr lang, mehrere Jahre, besonders wenn sich allmählich Wassersucht entwickelt gehabt hatte und der Prozess schliesslich doch noch rückgängig geworden ist.

Auch Baginsky weist darauf hin, dass die subakute und chronische Nephritis gern auf vorausgegangene von akuter Nephritis begleitete Krankheiten wie Scarlatina, Morbillen, Diphtherie, Variola, Typhus, Cholera rekurriert. Häufig kann man auch wohl die Beobachtung machen, dass sehr lang hingeschleppte Albuminurie der akuten parenchymatösen Nephritis folgt, deren entzündlicher Charakter sich mehr und mehr verliert, und dass allmählich und zwar bei hygienisch-diätetischer Behandlung die Albuminurie schwindet. Weit häufiger wohl, als bisher geglaubt, geben gerade bei Kindern Anlass zu chronischen Nephritiden Erkältungen, chronische Uebel, Exantheme, die auf skrophulösem Boden bestehen, multiple Vereiterungen des Unterhautzellgewebes, chronische Verdauungskrankheiten u. s. w.

Guthrie hat 7 Fälle von chronischer interstitieller Nephritis bei Kindern im Alter von 5—14 Jahren gesammelt, von denen er einen selbst beobachtet hat, und giebt aus seinen Beobachtungen noch folgende Symptome des Krankheitsbildes an: „Die Kinder bleiben in der Entwicklung zurück, die Haut ist ziemlich trocken infolge des Mangels an Perspiration, rauh, unelastisch, anämisch, häufig pigmentiert.“ Auf diese Pigmentation legt Guthrie besonders Gewicht, sie kann zuweilen so stark sein, dass sie an die Addisonsche Krankheit erinnert. Guthrie meint, dass es sich bei diesem Prozess auch um Beteiligung der Nebennieren handelt. Häufig findet er dabei Herzhypertrophie und Verdickung der Gefässwände, Ascites ist in der Mehrzahl der Fälle nicht zur Ausbildung gekommen. Von cerebralen Symptomen sind Kopfschmerz, Unwohlsein, zeitweiliges Erbrechen, von intestinalen starker Durst und Diarrhöen zu erwähnen. Die Urinmenge ist vermehrt, Polyurie ist ein günstiges Zeichen, sie bedingt eine schnellere Ausscheidung der Toxine. Das spezifische Gewicht ist gering, der Gehalt an Eiweiss sehr verschieden, meist aber gering. Von Seiten des Respirationsapparates kamen häufig Anfälle von Bronchialkatarrh vor, asthmatische Zustände wurden bisher bei Kindern nicht beobachtet. Die Aetiologie war in fast allen Fällen dunkel, einige Fälle mögen im Anschluss an Scarlatina zu stande gekommen sein, Guthrie vermutet, dass Erkältung bei Kindern sicher eine nicht unwesentliche Rolle spielt; er warnt auch direkt, dass man sich hüten solle vor Komplikationen, die auf Erkältung beruhen.

Die übrigen differentialdiagnostischen Momente, die zur Entscheidung, ob chronische parenchymatöse Nephritis ob Schrumpf-

Digitized by Google

niere vorliegt, in Frage kommen, basieren wesentlich auf der Beschaffenheit des Urins, dem Hydrops, Ascites, ev. allgemeines Anasarka.

Es ist zu bedauern, dass eine genaue Kenntniss der Erkrankung im 3. Lebensjahre und vor allem ev. komplizierender Folgeerkankungen und eine genaue Beobachtung des Knaben in den folgenden Jahren nicht vorliegt, sie würden die Entscheidung bei weitem erleichtern.

Das, was über die Beschaffenheit des Harns, und seiner Relationen zu den übrigen Organen, Funktionen und Erscheinungen des Körpers bekannt ist, ergiebt sich aus der oben angeführten Krankengeschichte. Auf die eigenartigen Erscheinungen, die bei Erkrankungen der Niere von Seiten des Herzens beobachtet werden, werde ich noch später zurückkommen.

Zieht man nun das Resumé aus den Betrachtungen über die gesammten Symptome des Krankheitsbildes, so gewinnt man die Ueberzeugung, dass es sich in dem vorliegenden Falle um Schrumpfniere handelt, um eine granuläre Nierenatrophie, deren Aetiologie und Entwickelung nicht ganz einfach vorliegen, um klar übersehen werden zu können.

Die Symptome der granulären Schrumpfniere sind oft im Anfang ihrer Entwickelung gar nicht zu erkennen, die Entwickelung ist eine schleichende, die wirkliche Dauer kann daher — falls eine bestimmte Angabe über irgend eine primäre Erkrankung nicht vorhanden — wegen der fehlenden Beschwerden des Kranken gar nicht bestimmt werden. Liegt aber eine solche vor, wie in dem vorliegenden Falle, so ist es sicher eine äusserst interessante Frage, den Kausalnexus zu eruieren, in unserem Falle also festzustellen, ob zwischen der im dritten Lebensjahre erfolgten Scharlacherkrankung und dem acht Jahre später sich zeigenden Nierenleiden ätiologisch irgend welche Beziehungen sich finden lassen.

Rosenstein ist der Ansicht, falls man erst von der Zeit der Konstatierung der sicheren Symptome ab rechnet, dass Jahrzehnte vergehen können, ehe das Leiden tödlich wird; Rosenstein selbst giebt einen Fall von 30jähriger Dauer an.

Auffallend ist bei dem vorliegenden Fall der Umstand, dass nach achtjähriger Interkurrenz, während dessen, wollte man eben einen Kausalnexus in unserem Falle annehmen, eine latente Periode in der Nierenentzündung stattgehabt haben müsste, ein so plötzlich einsetzendes und starkes Aufflammen der Erkrankung stattfand, ohne dass von den Angehörigen irgend welche diese neue Eruption andeutende bezügliche Symptome an dem Kinde selbst beobachtet wären. Solche Fälle verschleppter Nephritis nach Scharlach mit ähnlich langer Zeitdauer sind allerdings schon früher vorgekommen und auch beschrieben worden.

Ich möchte mir erlauben, hier einen der früheren Fälle kurz mitzuteilen, derselbe ist von Dr. Dixon Mann beobachtet worden und im Archiv für Kinderheilkunde Bd. 24, p. 417, angegeben.

„Patientin erkrankte im Alter von 14 Jahren an Scarlatina mit folgender Nephritis. Verlauf war normal, Patientin erlangte ihre

Digitized by Google

frühere Gesundheit wieder, nur zeigte sich konstant Eiweiss im Urin, 28 Jahre lang wurde der Urin 6—8 mal jährlich untersucht, und jedesmal wurde auch Eiweiss gefunden. Während sieben bis acht Jahre nach der ursprünglichen Erkrankung hatte P. gelegentlich subakute Anfälle von Nephritis, der Harn wurde trübe oder rot und enthielt zahlreiche hyaline und Fettzylinder. In der Zwischenzeit war der Urin klar. Während der Anfälle bestand zuweilen starkes Oedem der Extremitäten und des Gesichtes, zu anderen Zeiten war keine Spur von Oedem vorhanden. Während der letzten Zeit der Krankheit der Patientin fehlten diese Anfälle vollkommen. Im Jahre 1880 trat eine Veränderung im Urin auf, er zeigte von jetzt an ein geringes spezifisches Gewicht, wurde heller und seine Quantität reichlicher, der Prozentgehalt an Eiweiss nahm ab. Der Urin war fast frei von Sediment, sehr selten Cylinder, niemals Blutkörperchen. Allmählich nahm die Arterienspannung zu und der linke Ventrikel wurde hypertrophisch. 1888 zeigte sich ein systolisches Geräusch an der Mitralis, 1894 Hämorrhagien in die Retina. Der Tod erfolgte in demselben Jahre an Urämie. Das Sektionsprotokoll giebt folgendes an: Es entwickelte sich also hier aus einer ursprünglich akuten parenchymatösen Nephritis allmählich durch einen chronischen interstitiellen Entzündungsprozesses das Bild einer gewöhnlichen Schrumpfniere."

Ferner möchte ich erinnern an die Fälle 18 und 19, die Heubner in seiner Abhandlung: „Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter, Berlin 1897" veröffentlicht hat, und an einen Fall aus der Oppenheimschen Zusammenstellung: „Ueber Schrumpfniere im Kindesalter, Halle 1891", Fall 14, auch Fall 5 ist ähnlich. Im Falle 14 von Oppenheim-Handford fällt der gleiche Zwischenraum von 8 Jahren auf. Jedoch fehlt hierfür das plötzliche Einsetzen der zum Tode führenden Erkrankung, auch nur die geringste anamnestische Angabe, wie sie in dem mir vorliegenden Falle ganz evident in der Erkältung nach einem zu langen Verweilen während des Badens in dem zu Anfang September wohl kaum mehr wie 14° warmen Flusswassers zu suchen ist. Ich möchte gerade diese Erkältung besonders hervorheben, da meiner Ansicht nach auf Erkältungen als Ursachen schwerer Nephritiden noch viel zu wenig genügend Gewicht gelegt wird, und auch andererseits in der Literatur zahlreiche Fälle von Nephritis beschrieben sind, bei denen zwar eine Erkältung als Komplikation vorlag, dieser aber nicht die Bedeutung beigemessen wurde, die ihr wohl zukommt; lieber liess man diese Fälle unter der Marke: „dunkle Aetiologie" und benutzte sie eher als Beweise für das Vorkommen primärer Schrumpfniere.

Auch im Falle 14 Oppenheim-Handfords kann meiner Ansicht nach ein Kausalnexus mit der früheren, verheilten Scharlachnephritis sehr wohl gefunden und anerkannt worden. Das völlige Verheilen der Entzündung nach einer Scharlachnephritis ist ja eben der strittige Punkt, zumal wenn man der Ansicht Strümpells zustimmen sollte, dass echte primäre Schrumpfniere in letzter Instanz sogar aus akuter infektiöser Nephritis hervorgehen kann. Trotz scheinbarer Heilung letzterer bleibe ein minimaler Rest, „gewissermassen ein leises, unter der Asche fortglimmendes Feuer", zurück

Digitized by Google

und bilde langsam progredierend den Anlass zu einer späteren, selbständig auftretenden primären Erkrankung. Wenn es Oppenheim bei solchen Fällen weit wahrscheinlicher ist, dass sich unabhängig von den früheren verheilten infektiösen Nierenentzündungen die zur Atrophie führende Degeneration des Nierengewebes selbständig entwickelt, so möchte ich dem nicht zustimmen. Jch komme hierbei wieder auf die unterschätzte Bedeutung der Erkältung als ursächliches Moment schwerer Nephritis; wie leicht sollte nicht das unter der Asche fortglimmende Feuer wieder zur hellen Flamme entfacht werden können durch den komplizierenden Hinzutritt einer Erkältung. Ein solcher Anstoss liegt ja auch vor in unserem Falle; die Periode der latenten Nephritis braucht ja nicht einmal so bemerkenswerte Erscheinungen gemacht zu haben, bis eben eine neue Eruption erfolgte, die zu einer grösseren diffusen Schrumpfung des Nierengewebes geführt hat.

Diese Atrophie des Parenchyms zeigt sich deutlich in ihrer Einwirkung auf die Gefässe und das Herz, ein Verhalten, dass ja in erster Linie ausschlaggebend ist.

Die Herzhypertrophie ist eine sehr häufige Erscheinung der Schrumpfniere, in gleicher Weise, wie der accentuierte 2. Aortenton und ein abnorm harter und gespannter Puls, man spricht ja direkt von pathognomischen Symptomen für die Schrumpfniere. Dies ist erklärlich genug, wenn man berücksichtigt, dass die Funktion des Herzens in Relation steht zur Sekretion der Nierenorgane, obwohl sich keine allgemeingiltigen Gesetze für die Aufnahme von Flüssigkeit und die Absonderung der Harnmenge aus verschiedenen Gründen aufstellen lassen. (Romberg, Die Krankheiten des Herzens und der Gefässe. Ebsteinsches Handbuch für praktische Medizin. 1. Band, Stuttgart 1898, p. 707). Der Blutstrom durch die Nieren wird verlangsamt, wenn infolge von Schwäche des r. oder l. Ventrikels der Druck in der Nierenarterie sinkt oder bei venöser Stauung in der Nierenvene steigt. Da die Menge des Harnwassers von der in einer gewissen Zeiteinheit die Nieren durchfliessenden Blutmenge abhängt, so muss bei Herzschwäche die Menge der abgesonderten Flüssigkeit relativ zum Grade der Kreislaufstörung sinken.

Interessant ist, dass die festen Harnbestandteile auch bei verlangsamter Zirkulation in annähernd normaler Menge ausgeschieden werden, wodurch die Konzentration des Harns zunimmt. Eine von Traube, neuerdings auch von Quincke eingehend gewürdigte Thatsache ist die, dass Menschen mit gestörter Herzthätigkeit im Gegensatz zu gesunden in der Nacht während des Schlafens mehr Harn — und zwar nach Quincke mehr Harnwasser und mehr harnfähige Stoffe — secernieren, als am Tage.

Romberg ist der Meinung, dass die anatomischen Veränderungen der Niere infolge einer Kreislaufsstörung keinen erkennbaren Einfluss auf die Beschaffenheit des Harns haben, da trotz Bestehens derselben bei Aufhören der Herzstörung der Harn wieder normal wird. Die Beziehungen des Herzens zur sekretorischen Funktion der Niere sind eben von wesentlicher Bedeutung.

Von speziellem Interesse für diese Frage sind die von Henschen gemachten Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala

Digitized by Google

(S. E. Henschen, Mitteilungen aus der medizinischen Klinik zu Upsala, 1. Bd., p. 292, Jena 1898). Henschen zeigt in seiner dritten Abhandlung „Zur Kenntnis des Scharlachherzens" und in seinem Aufsatze: „Ueber das Herz bei Nephritis" an einem Falle von sonst unkomplizierter Scarlatina, dass auch klinisch die in letzter Zeit bereits anatomisch erwiesene Myocarditis scarlatinosa bestätigt werden kann, indem sich nach der Rekonvalescenz Anfälle von Herzdilatation zeigen.

Bei Scharlachnephritis findet er im Verlauf der Nephritis regelmässig Herzhypertrophie, die nach Heilung der Nierenentzündung nur langsam zurückgeht. Henschen legt besonderen Wert auf den in mehreren Fällen erbrachten Nachweiss, dass Dilatation des Herzens eintritt, bevor überhaupt Veränderungen des Harns bemerkt werden. Er erklärt die Entstehung dieser Herzhypertrophie ähnlich wie die bei Chlorose und Anämie eintretende als Folge der Dilatation. Durch vermehrte Arbeit, bei stärkeren Anstrengungen in den Pubertätsjahren, dehnt sich das Herz, die Folge dieser primären Dehnung ist kompensatorische Hypertrophie.

Bei der Scharlachnephritis wird durch Retention exkrementeller Stoffe eine Blutdrucksteigerung bewirkt, die ihrerseits eine Dilatation des Herzens hervorruft, auf welche dann kompensatorische Herzhypertrophie erfolgt. Jede chronische Nephritis entwickele sich aus einer Reihe oft schleichend verlaufender akuter Nephritiden; andererseits zeigt Henschen an vielen ausführlichen Krankengeschichten, dass akute Nephritis fast regelmässig Herzdilatation zur Folge hat, an die sich Herzhypertrophie anschliesst. Durch eine fortlaufende Reihe solcher einzelnen akuten Dilatationen und Hypertrophien, die unvollständig zurückgehen, erklärt Henschen die Genese der chronischen Herzhypertrophie bei chronischen Nierenleiden.

Er tritt hiermit der Ansicht Thomas' entgegen, nach der nach Ablauf der Entzündung unter Hebung der allgemeinen Ernährung infolge Verschlusses vieler peripherer Arterienzweige der Nieren eine Hypertrophie des l. Ventrikels sich entwickelt.

Die unterscheidende Einwirkung bei der Schrumpfniere zeigt sich beim Herzen, wie auch in unserem Falle, an der ziemlich beträchtlichen Hypertrophie des gesamten Herzens. Die Herzdämpfung erstreckt sich nach rechts bis an den r. Rand des Sternums, nach oben bis in den 2. J. C. R. und bis zum unteren Rande der 2. Rippe, nach links bis zu fünf Querfingerbreite von der ersten Mammillarlinie ab.

Nach den Symptomen von Seiten der Nieren und des Herzens liegt also eine Schrumpfniere vor, eine Schrumpfniere im Kindesalter.

In Bezug auf die Frage nach der Aetiologie und Entwicklung des Leidens bin ich der Meinung, an einen bezüglichen Kausalnexus zwischen der im 3. Lebensjahre erfolgten Scharlachinfektion und dem 8 Jahre später auftretenden Nierenleiden festhalten zu müssen.

Eine 8jährige Latenz des Nierenleidens, von der man nicht einmal genau weiss, ob dieselbe in der That auch eine völlige gewesen

Digitized by Google

gewesen ist oder ob leichtere Anzeichen des Leidens dem weniger aufmerksamen Beobachter entgangen sind, spricht nach ähnlichen Angaben aus der Litteratur noch nicht für ein primäres Einschleichen und Entstehen einer Gewebsatrophie der Niere, wie sie in dem vorliegenden Fall besteht.

Aber das für mich von viel grösserer Bedeutung und von Ausschlag gewesene Eintreten der neuen Eruption, ihr eigenartiges Einsetzen, der subakute Charakter und Verlauf dieses Abschnittes der Krankheit veranlasst mich, der Ansicht von Senator, Weigert, von Leyden, Strümpell u. a. zuzustimmen, dass das Parenchym durch die chronische Nephritis degeneriert ist und sich hieran eine entzündliche Hyperplasie mit folgender sekundärer Schrumpfung des Gewebes angeschlossen hat.

Die Erkrankung der Nieren hat sich also aus einer akuten Entzündung des Gewebes zu einem chronischen Leiden entwickelt. Das Parenchym ist durch die chronische Nephritis degeneriert, atrophisch geworden. Die Atrophie bewirkt eine entzündliche Hyperplasie des interstitiellen Bindegewebes mit folgender sekundärer Schrumpfung des Organs.

Heubner hat in seiner Abhandlung „Ueber chronische Nephritis und Albuminurie im Kindesalter" von 30 Fällen chronischer Nephritis 14 mal eine verschleppte Scharlachnephritis nachweisen können, so dass er selbst zu dem Ausspruch kommt: „Die Zahl ist doch für die Erfahrung eines Einzelnen erheblich genug, um die Lehre von der grossen Seltenheit eines Chronischwerdens der Scharlachnephritis, die ich selbst in früheren Jahren in meinen Vorlesungen vorgetragen habe, stark ins Wanken zu bringen."

Möge mir daher als Schlusswort erlaubt sein, darauf aufmerksam zu machen, dass primäre Schrumpfniere im Kindesalter vorkommt, dass aber ihr Vorkommen selten ist, und dass es weit häufiger der Fall ist, dass bei einer granulären Atrophie der Nieren im Kindesalter durch irgend eine Infektion eine akute Nephritis zuvor Bestand hatte, an die sich sekundär eine Atrophie des Gewebes angeschlossen. Es ist ja bedeutend leichter, bei mangelnder Anamnese und dunkler Aetiologie an ein primäres Einsetzen der Krankheit zu glauben, aber auch zu diesem Punkte möchte ich mir die Erinnerung gestatten, dass man für den kindlichen Organismus noch viel zu sehr die nachteilige Wirkung und die direkte Noxe einer Erkältung zu unterschätzen beliebt.

Digitized by Google

Die Anurie bei Neugeborenen.

Von Dr. Friedmann, Beuthen O.-S.

Nicht gar selten werden wir zu ganz jungen, in den ersten Lebenstagen stehenden Neugebornen gerufen unter der Angabe, das Kind lasse nur äusserst spärlich oder überhaupt gar nicht Urin Diese Fälle lassen eine verschiedene Deutung zu. Entweder — und diese Eventualität trifft häufig bei erstgebornen, mit besonders ängstlicher Sorgfalt seitens ihrer Angehörigen beobachteten Kindern zu — liegt nichts Pathologisches vor, und es genügt, die Umgebung des Kindes darüber aufzuklären, dass die Anforderungen, die sie in dieser Beziehung an den kleinen Weltbürger stellt, zu hoch gespannt sind. Haben die Klagen eine thatsächliche Unterlage, so wird man sich zunächst vergewissern, ob nicht angeborene Verengerung oder Verschliessung der Harnröhre besteht. Liegt von dieser Seite keine Störung vor, so kann als Ursache des spärlichen Nässens eine quantitativ unzureichende Nahrungszufuhr in Frage kommen, besonders dann, wenn bei Ernährung an der Brust diese in den ersten Tagen noch zu wenig Milch hergiebt. Die seltenen Fälle, in denen angeborne Missbildungen oder sonstige krankhafte Prozesse an den Nieren die Veranlassung sein können, seien als für die Praxis kaum ins Gewicht fallend, hier nur gestreift. Schliesslich bleibt aber immer noch eine an Zahl nicht geringe Gruppe von Fällen übrig, deren Aetiologie nicht alsbald aufzuklären ist. Hier führt die Thermometrie auf den richtigen Weg. Wer sich daran gewöhnt, bei diesen Patienten das Thermometer einzulegen, der wird über Erwarten häufig Fiebersteigerungen bis über 40 Grad hinaus verzeichnen. Die Anurie ist hier also Fiebersymptom. Fragen wir nach der Ursache des Fiebers, so werden wir unsere Aufmerksamkeit zuvörderst auf den Nabel lenken und hier auch in der That häufig genug fiebererregende Prozesse auffinden. Es braucht nicht immer eine schwere Entzündung oder gar ein septischer Vorgang zu sein, in der überwiegenden Mehrzahl sind es leichte Reizzustände an der Stelle, wo der Nabelschnurrest sich zu demarkieren beginnt. In ihrer Begleitung tritt regelmässig eine mehr oder minder ausgesprochene Rötung des Nabelringes und des benachbarten Hautbezirkes auf. Selbstverständlich ist hier eine energische Therapie am Platze. Nach meiner Erfahrung ist die Application austrocknender, sonst indifferenter Pulver wie Dermatol, Borsäure auf die nach Möglichkeit auseinandergefaltete Nabelgrube jeder andern Behandlungsmethode vorzuziehen. Im Weitern sind vor allem die täglichen Bäder auszusetzen. Der Entzündungsreiz geht um so schneller zurück, je strenger darauf gehalten wird, dass der Nabel unbenetzt bleibt. An die Stelle der Bäder treten bis eine Woche nach Ablösung des Nabelschnurrestes tägliche Waschungen.

Digitized by Google

Referate.

Traitement général de la scrofule. Von P. Gallois. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1900, 48).

Wie bei jeder Infektion hat die Therapie bei Skrophulose drei Aufgaben: Fernhaltung infektiöser Keime, Verschluss der Eingangspforten, Kampf gegen die erfolgte Infektion. In erster Beziehung sind nicht nur die pyogenen Mikroben und namentlich des Tuberkelbacillus zu fürchten, sondern auch alle, welche Rachenentzündungen erzeugen, deren Virulenz im Nasenrachenraume wächst, wie Influenza, Masern, Scharlach, Keuchhusten usw. Eine besondere Beachtung verdienen auch die Erreger parasitärer Hautkrankheiten. Der Haupttheil der Arbeit in diesem Punkt fällt naturgemäss der öffentlichen Hygiene zu. Immerhin muss sie zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit mit einer persönlichen Gesundheitspflege zusammenfallen, deren oberster Grundsatz Reinlichkeit ist. Insbesondere wichtig ist die Reinigung und Desinfektion (Borsäure) der Nasenrachenhöhle bei Kindern, welche an akuter Corpza oder chronischer Rhinopharyngitis leiden. — In zweiter Beziehung handelt es sich vor allem um peinlichste und sorgfältigste Behandlung, auch der geringfügigsten Hautaffektionen. So wenig ein daran leidendes Kind durchaus bereits skrophulös zu sein braucht, soviel Gelegenheit zu gangleonärer oder allgemeiner Infektion bieten, in dass derartige Erkrankungen, sei es nur Impetigo oder Ekzem, Favus o. a. m. — In dritter Beziehung ist die Hauptaufgabe, die örtliche Widerstandsfähigkeit zu erhöhen, den ganzen Organismus gegen die bereits erfolgte oder beginnende Infektion resistenter zu machen. In erster Reihe kommen hier hygienisch-prophylaktische Massnahme für die Pflege der Kinder in Betracht. Erst wenn ernstere Erscheinungen hervortreten, hat eine wirkliche Therapie einzugreifen. Im ersten Stadium des Lymphatismus, bei lymphatischen Schwellungen handelt es sich um energische Anregung des Stoffwechsels durch alle zur Verfügung stehenden Mittel: frische Luft, Bewegung, Gymnastik, Bergsteigen, alkoholische Einreibung, Waschungen mit Salzwasser, Hydrotherapie, Aufenthalt an der See und Seebäder usw. Innerlich können Jod und Jodsalze herangezogen werden. Im weiteren Stadium des Lymphatismus scheinen drei Faktoren eine Rolle für die Therapie zu spielen: Anämie, Dyspepsie und chronische Infektion. Die erstere kann ebenso von den beiden letzteren wie von einer individuellen oder hereditären Schwäche abhängig sein. Nicht selten steht sie in Zusammenhang mit adenoiden Wucherungen. Die Ablation ist dringend erforderlich. Im Uebrigen sind insbesondere hygienisch-diätetische Massnahmen in einem dem Zustande der Anämie angepassten Umfange angezeigt. Dyspepsien und namentlich Magenerweiterung bilden häufig die Ursache einer Anämie. Zur Regelung der mangelhaften Ernährung sind wiederum zunächst hygienisch-diätetische Vorschriften zu geben. Die Dyspepsie kann aber auch aus einer früheren Gastroenteritis resultieren, vielleicht gar hereditären Ursprungs. Von einer medicamentösen Behandlung ist meist abzusehen. Eisen, Jod,

Digitized by Google

Leberthran werden schlecht vertragen. Am geeignetsten ist die Besserung der gastrischen Funktionen durch passende Nahrungshygiene, vielleicht auch gelegentlich in Verbindung mit Bitterstoffen. Wichtig ist die Unterstützung der Magenentleerung und die Herbeiführung genügender, regelmässiger Stuhlentleerungen (Vichywasser, Magnesia). — Der wichtigste Punkt der Behandlung stellt die Behebung der chronischen Infektion, welcher Erscheinungen der Intoxikation sich beigesellen. Das charakteristische Zeichen ist die Drüsenschwellung am Unterkiefer. Die Behandlung muss neben der Desinfektion der Mundhöhle, der Ablation adenoider Wucherungen usw. die Anwendung solcher Mittel im Auge haben, welche die locale Widerstandsfähigkeit, die Resistenz des Organismus steigern. Hierher gehören ausser hygienisch-diätetischen Vorschriften Leberthran in allmählig gesteigerter Dosis, Jod- und Phosphorpräparate, Arsen, Cacodyl- und Vanadsäure, Perubalsam und Zimmtsäure, Kreosot.

v. Boltenstern-Bremen.

Zur Pathologie der Bronchialdrüsen im Kindesalter. Von N. Aleksejew. (Djetsk. Medizin. No. 6, 1899. — Nach einem Refer. d. St. Petersb. medic. Wochenschr,)

Das Befallensein von Bronchialdrüsen ist im Kindesalter relativ häufig und muss stets als Erkrankung ernsterer Natur betrachtet werden, da Tuberkulose primär in den Bronchialdrüsen vorkommt und zum Ausgangspunkt einer anderweitigen tuberkulösen Erkrankung werden kann. Die Diagnose einer Erkrankung der Bronchialdrüsen ist oft schwierig und kann häufig nur vermutungsweise gestellt werden; sie stützt sich hauptsächlich auf folgende Symptome: 1) Dämpfung in der Interscapulargegend auf der Höhe des 3.—6. Brustwirbels einer- oder beiderseits, ebenso im oberen Teile des Sternum und der Claviculosternalgelenke. Bei der Fingerperkussion lässt sich häufig eine Resstenzveränderung wahrnehmen. 2) Verlängertes Exspirium, unbestimmtes oder Bronchialathmen in der regio interscapularis und über dem Sternum oben. Häufig abgeschwächtes vesiculäres Athmen über einer Lungenhälfte, wo der Perkussionston ganz normal. 3) Störungen der Circulation: ein- oder beiderseitiges Gesichtsödem, Erweiterung der Venen an Hals und Brust, Cyanose, Herzvergrösserung, Herzpalpitationen. 4) Nervöse Symptome: Dyspnoe. Veränderungen der Stimme (bald heiser, bald klar), Aphonie, conoulsiver Husten, Asthmaanfälle, Laryngospasmus. 5) Unregelmässige Temperatursteigerungen, Abmagerung, Anorexie, Schweisse. Diese letzteren Symptome legen die Vermutung einer tuberkulösen Erkrankung nahe. 6) Soll Gewicht gelegt werden auf die Anamnese, durch welche der Verdacht auf Tuberkulose oder Lues oft erhoben wird. (Das sehr wichtige Symptom der Schwellung der peripheren Lymphdrüsen hat Verf. nicht erwähnt. Ref.) Die genannten Symptome werden nur selten in ihrer Gesamtheit vorhanden sein bei demselben Individuum, in ihrer Intensität ist häufiges Schwanken bemerkbar, was recht charakteristisch ist. Die Therapie muss eine energische sein und ist viel von einem klimatischen Aufenthalt an der See zu erwarten.

S.

Digitized by Google

De l'infection canaliculaire de la parotide. Von E. Bonnaire et G. Keim. (La Presse médicale 1900, 62).

Verff. berichten über eine doppelseitige Parotitis bei einem neugeborenen Kinde, welche zuerst den Eindruck eines Erysipels, dann eines Ziegenpeters, die Parotiden- und Submaseillargegend einnehmend machte. Klinisch kennzeichnete sich die Infektion durch ein in Hinsicht auf die schweren allgemeinen und lokalen Symptome sehr geringe Temperatursteigerung, durch die ausbleibende Gewichtszunahme, durch eine anfangs paracystische, dann gleichmässige, continuirliche Cyanose und endlich durch foetide Stuhlentleerungen. Die bacteriologische Untersuchung ergab eine reine Staphylococceninfection und zwar handelt es sich um eine exogene Infektion wie Ductus Stenoninus aus. — Bei einer ganzen Reihe normaler Neugeborener haben Verff. sodann die Mundhöhle bacteriologisch untersucht und sehr häufig, um nicht zu sagen constant im Moment der Geburt mit Mikroorganismen überschwemmt gefunden. Dieser Befund kann gewisse Infektionen bei Neugeborenen, welche unmittelbar nach der Geburt ohne jede äussere, postnatale Ursache auftreten, im Munde, seinen Kanälen und benachbarten Höhlen sich lokalisieren, aber auch zum Ausgang für tötliche Septicämien werden können, erklärlich machen. Im Missverhältnis zu dem Befunde steht immerhin die grosse Seltenheit derartiger Infektionen. In solchen Fällen muss daher eine gewisse Inferiorität der kindlichen Mundschleimhaut in Bezug auf die Abwehr infektiöser Angriffe angenommen werden, wie sie vielleicht schon in der geringen Activität der Speichelsecretion, der rudimentären Entwickelung der hämotopoetischen Organe (Phagocytose), vor allem aber in einer Alteration der Mundschleimhaut selbst gegeben ist.

v. Boltenstern-Bremen.

Les injections de Serum physiologique de cheval dans le traitement da la chorée. Par Vidal. (Congr. période. de Gynéc. d'Obstétr. et de Pédiatr.)

Verf. hat im Spital armer Kinder in Barcelona an Mädchen im Alter von 9—13 Jahren seine Versuche gemacht. Die Menge des injicierten Pferdeserums war pro Spritze 3—8 ccm, im Ganzen 60—120 ccm. Schon nach den ersten Tagen, besonders aber nach 2—3 Wochen zeigte sich eine Besserung, Heilung ward meist in 2—3 Wochen erzielt, und nach der Kur war eine Gewichtszunahme zu konstatieren.

Verf. geht zunächst auf die verschiedenen Theorien der Aetiologie der Chorea ein und führt dann die ausführliche Krankengeschichte in 9 Fällen vor Augen.

Er kommt zu folgendem Resumé: Das physiologische Pferdeserum ist in allen Chorea-Fällen des Pubertätsalters auf der Basis einer Infection oder einer moralischen Noxe wirksam, es wirkt sowohl als specifisches Tonicum der Nervenzellen als auch antitoxisch gegenüber den verschiedenen die Chorea hervorrufenden Schädlichkeiten.

Aus der Wirksamkeit des Mittels kann auf die Richtigkeit der nervösen, sowie der dyscrasischen und infectiösen Theorie inbezug auf Aetiologie der Chorea schliessen.

von Schnitzer-Aumetz.

Digitized by Google

Tannin- und Silberpräparate bei dem Darmkatarrh der Kinder. Von Harry Cohn. (Therapie der Gegenwart, Juli 1900).

Beim Darmkatarrh, wo noch nach 4 oder mehr Tagen wässrige Entleerungen in gehäufter Zahl andauern, sind Silberpräparate indiciert. Das Argent. nitricum kann nach gewisser Zeit leicht aufstossen, Erbrechen und geradezu Schmerzen verursachen. Dagegen wird das Protargol ausnahmslos gut vertragen, das ganz jungen Kindern in Lösungen von 0,05 : 50,0, Kindern von einigen Monaten 0,1 : 50,0 theelöffelweise verordnet wird. Wenn man auch nicht mit Bestimmtheit zu sagen vermag, in welchen Fällen es sicher wirkt, so steht es dennoch ausser Zweifel, dass es gelang, mit ihm Darmkatarrhe zu stopfen, die auf keine andere Weise zu stopfen waren.

Im zweiten, dem dyspeptischen Stadium des Darmkatarrhs, sind neben Wismuth vor allem die Tanninpräparate von Nutzen. Sie haben den Zweck, die Consistenz zu vermehren, den Schleimgehalt zu vermindern und die Häufigkeit herabzusetzen. Im Stadium des Anfalls sind dagegen die Tanninpräparate contraindiciert. Von diesen Mitteln sind die unlöslichen zu bevorzugen. G. zieht das Tannoform dem Tannigen und Tannalbin vor, weil es trotz seines geringen Preises denselben an Wirksamkeit nicht nachsteht. Man giebt davon jüngeren Kindern 0,25 pro dosi, ältere erhalten es messerspitzenweise.

Bei den Tanninpräparaten, wie bei dem Protargol, wie überhaupt bei allen Mitteln, welche kräftig stopfen sollen, ist es erforderlich, zunächst die nötige Menge in der Weise zu verordnen, dass man stündlich eine Dose giebt, bis die erhoffte Wirkung eintritt, und dann allmählich mit der Darreichung nachzulassen.

Schnell-Egeln.

Ueber äusserliche und innerliche Anwendung des Argentamin. Von Bergel. (Therap. Monatsh. 1900, Heft VII.)

B. hat das Argentamin in zahlreichen Fällen äusserlich und innerlich angewendet und gefunden, dass dasselbe nicht blos das Argentum nitricum meistens zu ersetzen im Stande ist, sondern in vielen Fällen sich demselben als überlegen erwiesen hat. Das Anwendungsgebiet des Argentamins erstreckte sich auf solche äussere und innere Erkrankungen der Schleimhäute, wo eine adstringirende bezw. antiseptische, antibacterielle Wirkung erstrebenswert erschien.

Bei der Gonorrhoe war je nach den verschiedenen Erscheinungsformen und Stadien die Dosierung sowohl eine verschiedene, als auch bestand die Applicationsweise in den gewöhnlichen Einspritzungen, in Irrigationen und Instillationen mit der Guyon'schen Spritze.

Zu Einspritzungen waren am geeignetsten Lösungen von $1_{,0} : 400_{,0}$ bis $1_{,0} : 200_{,0}$ für die Pars anterior. Es wurde 3—4mal täglich eingespritzt und die Lösungen 5—10 Minuten in der Harnröhre behalten. Die Wirkung des Argentamin war hier der des Argent. nitric. überlegen. Bei den mehr chronischen Formen und besonders bei Erkrankung des hinteren Teiles der Harnröhre wurden zu Einspritzungen die stärkeren Lösungen verwendet und bei circumscripten Erkrank-

Digitized by Google

ungen der hinteren Harnröhrenschleimhaut Instillationen mit der Guyon'schen Spritze in einer Lösung von $10_{,0} : 100_{,0}$ gemacht. Irritationszustände wurden hierbei entweder gar nicht oder nur in ganz vereinzelten Fällen und auch hier nur in unbedeutendem Grade beobachtet, noch stärkere Lösungen können jedoch nicht empfohlen werden.

Zu Ausspülungen der Harnröhre und bei Cystitis gonorrhoica wurden gewöhnlich Lösungen von $1 : 1000_{,0}$ bis $1_{,0} : 500_{,0}$ benutzt. Die Spülungen der Harnröhre wurden täglich einmal vorgenommen und konnten störende Nebenerscheinungen, als irgendwie nennenswertes Brennen, stärkeres Drängen, als es sonst bei der Anwendung der mildesten Mittel einzutreten pflegt, nicht beobachtet werden, die Wirkung dagegen war eine diesen bei weitem überlegene. — Auch in etlichen Fällen von Vaginitis gonorrhoica und gonorrhoischem Cervicalkatarrh wurde das Argentamin mit gutem Erfolg angewandt Bei der ersteren Erkrankung erwiesen sich Ausspülungen in einer Concentration von etwa $1_{,0} : 1000_{,0}$ als zweckdienlich, in den letzeren Fällen wurden 5—10proc. Argentaminätzungen vorgenommen.

Bei den Rachenerkrankungen konnte man wahrnehmen, dass das Argentamin das Argent. nitr. meist zu ersetzen im Stande ist, in vielen Fällen ihm sogar überlegen erscheint. Die zu Bepinselungen angewandten Lösungen waren meist 5—10 procentige.

Auf ophthalmologischem Gebiete wurde das Argentamin bei Schwellungszuständen der Bindehaut, welche mit eitriger Absonderung einhergingen, verwendet; verordnet wurden 1—2proc. Einträufelungen, 3—4 mal täglich, oder Pinselungen mit 5—7 proc. Lösung 1—2mal täglich. Angewendet wurde es bei den gewöhnlichen eitrigen Bindehautkatarrhen, bei acutem Follicularkatarrh, bei acutem und chronischen Trachom, bei der Blennorrhoea neonatorum. Affektionen der Cornea, besonders Pannus trachomatosus bilden keine Contraindication für die Anwendung.

Innerlich wurde das Mittel angewendet bei Brechdurchfällen, nachdem die ersten stürmischen Erscheinungen geschwunden waren, bei Enterokatarrh, bei Enteritis, bei Dickdarmkatarrhen zu Injektionen und bei Durchfällen der Phthisiker. Die Dosis und Concentration war gewöhnlich je nach dem Alter der Patienten und dem Reizzustande der Magendarmschleimhaut $^1/_2$—$^3/_4$ Proc., zuweilen auch 1 Proc. entweder ohne oder mit einem Zusatz von Glycerin; davon wurden 2 bis 3 stündlich 1 Thee- bis 1 Esslöffel voll genommen. Das Argentamin erwies sich auch hier dem Höllenstein in den meisten Eällen überlegen.

Bei den Gastroenterokatarrhen der Kinder und der Erwachsenen konnte eine Argentaminlösung in der angegebenen Concentration sehr oft auch dann noch mit Erfolg angewendet werden, wenn andere Mittel im Stiche liessen. In vereinzelten Fällen, wo es sich um die rein adstringierenden Eigenschaften des Mittels handelte, schien dagegen die Anwendung anderer Präparate, wie Tannigen, Tannalbin etc. von grösserem Vorteil zu sein. — Ganz besonders schöne, wenn nicht die besten Erfolge sind zu erzielen bei der Enteritis, wahrscheinlich wegen der Vereinigung der adstringierenden und antisep-

Digitized by Google

tischen Eigenschaften des Mittels. Bei Dickdarmkatarrhen wurden zu wiederholten Malen Irrigationen mit einer Argentaminlösung von ca. 1,0 : 500,0 bis 1,0 : 1000,0 mit günstigem Erfolge gemacht.

Schnell-Egeln.

Die moderne Behandlung der Spondylitis. Von Hoffa. München, Seitz & Schauer, 1900. Preis 2 Mark.

Vorliegender Vortrag, der in Carlsbad April 1899 gehalten wurde, giebt einen guten Ueberblick über die Gesichtspunkte, nach denen der praktische Arzt die Behandlung der Spondylitis zu leiten hat.

Neben jeder anderen Behandlung hat die allgemeine diätetische-antituberkulöse einherzugehen. Die mechanische Behandlung bezweckt die Beseitigung der Schmerzen und Ausheilung der localen Processe sowie die Beschränkung der Gibbusbildung auf das nur mögliche Mass; anzustreben ist auch die Transportfähigkeit des Kranken in seinen Apparaten. Diesen Anforderungen entspricht bei Spondyl. cervicalis des Phelps-Nönchen'sche Stehbett oder das Lorenz'sche Extensionsbett, bei tiefer sitzenden Spondylitiden der Calot'sche Mumienverband oder das Lorenz'sche Reclinationsbett, das mit Hilfe des Schede'schen Tisches angefertigt ist. Stützcorsets nach Sayre oder Hessing'scher Methode haben angewandt zu werden, wenn Anzeichen von Consolidierung der Wirbelsäule eingetreten sind. Die Prognose richtet sich nach dem Zeitpunkt des Beginns der Behandlung, also nach der Stellung der Diagnose. Für letztere ist wichtig der Befund von Contracturstellung des Rumpfes und von Gürtelschmerzen, die nach den Extremitäten zu ausstrahlen; bei Cervicalerkrankungen weicht der Kopf, bei tiefersitzenden der ganze Körper nach der Seite ab. Spondylitische Abscesse dürfen nur eröffnet werden, wenn sie durchbrechen wollen oder lebensgefährliche Symptome machen. Lähmungen wird durch Extension und Reclination begegnet. Calot's Redressement ist zu verlassen als zu brüsk und nicht erfolgreich.

Der Schluss dieser belehrenden Auseinandersetzung ist den Operationen bei Wirbeltuberkulose gewidmet; die Operation ist nur geboten bei Sitz der Erkrankung im Wirbelbogen oder bei Ergriffensein der Mastdarm- und Blasenfunktion unter Voraussetzung eines epiduralen Exsudats. Nach Trendelenburg hat man bei floriden Spondylitiden nicht zu operieren. Als Operationsmethode ist die Horsley- und Kraske'sche als die einfachste anzuwenden.

Tarrasch-München.

Gesundheitspflege.

Obligatorische und fakultative Jugendspiele. Von Dr. A. Frankenburger. — (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 1900, Nr. 6).

Das Hauptmittel zur Förderung der körperlichen Gesundheit der Schulkinder sind die Jugendspiele. Ihre Organisation kann nur dann

Digitized by Google

dem Zweck entsprechen, wenn sie als obligatorische in den Schulplan aufgenommen werden. Fakultativ werden sie erfahrungsgemäss am eifrigsten von denjenigen Schülern gepflegt, die sie am wenigsten notwendig haben, während gerade die Schwächlinge gern wegbleiben. Auch die Eltern würden dann gezwungen sein, die Kinder zum Spielen zu schicken, anstatt sie zu Hause oder auch sonst zur Erwerbsarbeit oder zum Betteln anzuhalten. Wie gegenwärtig beim Turnunterricht, so würde man auch den Spielen gegenüber der Unsitte begegnen, dass die Kinder wegen unerheblicher körperlicher Mängel von der Teilnahme an denselben befreit werden sollen. Sache der Aerzte wäre es da, die Grenzen eng zu ziehen und nur bei wesentlichen körperlichen Leiden Atteste zu geben.

Die Erfahrungen, welche an Orten mit obligatorischen Jugendspielen, z. B. in Görlitz, gemacht worden sind, sind durchaus günstig und allseitig zufriedenstellend.

Die Gegner unserer Forderung führen vor allem ins Feld, dass es an der nötigen Zeit mangelt, da der Lehrplan alle verfügbare Zeit mit Beschlag belege. Dagegen ist anzuführen, dass die körperliche Ausbildung der Kinder nicht geringerer Pflege bedarf als die geistige und dementsprechend der Lehrplan einzuschränken ist. In idealer Weise entsprechen englische und amerikanische Schulen diesen Anschauungen, indem sie alltäglich nachmittags die Kinder zu Schulspielen heranziehen. In Görlitz wird an zwei schulfreien Nachmittagen — nicht Mittwoch und Sonnabend — obligatorisch gespielt. Die geistige Ausbildung der Schüler ist dabei nicht zu kurz gekommen. Die Leitung der Spiele würde am besten dem Klassenlehrer zu überlassen sein, der die Kinder am besten kennt. Geht das aus irgend welchem Grunde nicht an, so wären besondere Spiellehrer zu ernennen. Die Beschaffung der Spielplätze wäre Sache der Kommunen. Ihre räumliche Ausdehnung wäre nach Suppan dahin zu bemessen, dass auf je 50 Kinder mindestens 1000 qm kommen. Bei der starken Frequenz unserer Schulen könnte dieser Forderung nur dadurch Rechnung getragen werden, dass gruppenweise gespielt wird. Immerhin würden grosse Raumflächen notwendig sein und es wäre Sache der Gemeinden, die Plätze in den Aussengebieten und Vorstädten sich rechtzeitig und billig zu sichern. Der eminent gesundheitsfördernde Zweck rechtfertigt auch erheblich scheinende Geldausgaben. Die Plätze müssten selbstverständlich hinsichtlich Lage, Staubfreiheit u. s. w. den allgemeinen hygienischen Anforderungen entsprechen.

Dr. Friedmann-Beuthen O.-S.

Digitized by Google

Rezensionen.

Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten. Briefe an einen jungen Arzt. Von Priv.-Doc. Dr. H. Neumann. 2. Aufl. Berlin, Oscar Coblentz, 1900.

Das von der Kritik mit einmütigem Lobe aufgenommene Buch erscheint nach Jahresfrist in 2. Aufl., in welcher der Inhalt verbessert und ergänzt und am Schlusse des Ganzen ein willkommener Ueberblick über die Arzneiverordnungen beigegeben wurde. Der Stil ist stellenweise noch prägnanter geworden als dies in der 1. Aufl. der Fall gewesen ist. Die Hauptvorzüge des Buches sind: spezieller Hinweis auf alle praktischen Handhabungen in der Kinderheilkunde, so dass der junge Arzt immer weiss, was er am Krankenbett des Kindes zu thun hat, und die frische, flotte Ausdrucksweise. Auch im neuen Gewande wird das Buch sich wieder zahlreiche Freunde erwerben.

S.

Die Pflege und Ernährung des Säuglings. Von Dr. Friedmann. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1900. Preis 2 Mk.

Das Büchelchen ist eines jener verschiedenen Werkchen, die sich die Aufgabe gestellt haben, junge Mütter und Pflegerinnen über die Aufgaben und das Wesen der Pflege und Ernährung eines jungen Weltbürgers zu unterrichten. Diesen Zweck dürfte das vorliegende Schriftchen erreichen, wenn es von denen, für die es bestimmt ist, genau studiert wird, denn es enthält, abgesehen von einigen Sätzen, über die man auch anderer Meinung sein könnte, alles hierher gehörige in klarer, leicht fasslicher Form. Verdienstlich ist es besonders auch, dass Verf. gewissen schwer ausrottbaren Uebeln der Wochen- und Kinderstube, z. B. dem Glauben an die grosse Bedeutung des kurzen Zungenbändchens, der Unantastbarkeit des „Gneis", der aus Schmutz und Hautschuppen bestehenden Decke in der Gegend der grossen Fontanelle, und ähnl. den Krieg erklärt. Einige stilistische Mängel bez. Unklarheiten (z. B. pg. 10, 54, 63) dürften wohl bei einer ev. nötig werdenden Neuauflage sich vermeiden lassen.

C. Baron-Dresden.

Medizinische Chronik des XIX. Jahrhunderts. Von Dr. H. Adler und Dr. A. Kronfeld. Wien, Mor. Perles, 1900. Preis 3.60.

In dem vorliegenden Werkchen haben die Verff. den Versuch gemacht, die wichtigsten Ereignisse auf medizinischem und hygienischem Gebiet, die das 19. Jahrhundert zu Tage gefördert hat, und die Namen jener Personen, welche in diesem Zeitraum die medizinische Wissenschaft erheblich gefördert haben, alphabethisch und chronologisch zusammenzustellen. Im Grossen Ganzen ist den Verff. der Versuch gelungen, wenn man auch im Einzelnen Ausstellungen machen könnte, so z. B. viele Persönlichkeiten, die sich um die Medizin wesentliche Verdienste erworben haben, vermisse (aber z. B. den Chirurgen v. Bergmann (!), die Kinderärzte Heubner und Biedert, den inneren Kliniker E. Seitz († 1899). Es scheint überhaupt, als ob Deutschland zu kurz gekommen wäre.

S.

Digitized by Google

Anleitung zur Zahn- und Mundpflege. Von Dr. C. Röse. Mit 38 Abbildungen. 4. Auflage. Jena, Gustav Fischer, 1900. Preis 60 Pfennige.

Populäre Schriften über Zahn- und Mundpflege sind dutzendweise im Buchhandel vorhanden. Jeder einigermassen schriftgewandte Zahnarzt hält es für seine Pflicht, die Mitwelt mit einer Zahnpflege zu beglücken. Es scheint so leicht, eine derartige Anleitung zu schreiben. Wie schwer es ist, das können wir am Werdegange der vorliegenden Broschüre beurteilen. Die beiden ersten im Jahre 1894 und 1895 erschienenen Ausgaben unterscheiden sich noch nicht wesentlich von den vorhandenen Dutzendwaaren. Anders die vorliegende 4. Auflage. 5 volle Jahre hat der Autor das Manuskript im Schreibtische liegen lassen. Immer wieder wurde geändert und gefeilt. Aussergewöhnliche mühsame wissenschaftliche Vorarbeiten mussten zuvor angestellt und vollendet werden. Als Endergebnis haben wir aber auch ein Werkchen vor uns, zu dem man dem Verfasser und der deutschen Zahnheilkunde überhaupt gratulieren kann. Röse's Anleitung ist eine populäre Schrift im besten Sinne dieses Begriffs. Durch fliessenden Stil und fesselnde Darstellung ist der spröde Stoff meisterhaft überwunden worden. Ein jeder Laie kann dem logischen Gedankengange des Verfassers leicht folgen und andererseits bietet die Brochüre auch für den Fachmann eine Fülle von Anregungen und beherzigenswerten Thatsachen. Alles Phrasenhafte hat der Verfasser streng vermieden. Jede neue Behauptung fusst auf streng wissenschaftlichen Untersuchungen. 38 meisterhafte Abbildungen erleichtern das Verständnis des teilweise recht spröden Stoffes ganz wesentlich. Das Werkchen erscheint zum Spottpreise von nur 60 Pfg. im Buchhandel. Im Interesse der Zahnhygiene haben Autor und Verleger gemeinsam auf nennenswerte Gewinnaussicht verzichtet, um dem Werkchen zu weitester Verbreitung zu helfen. In zahnärztlichen Kreisen hat es derartigen Anklang gefunden, dass bereits nahezu 3000 Stück von deutschen Zahnärzten angekauft worden sind. Allein vom Verein Schleswig-Holsteinischer Zahnärzte, welcher eine ausgedehnte Untersuchung von ca. 24,000 Schulkindern in betreff der Zahn- und Mundverhältnisse ausgeführt hat, sind 1000 Exemplare angekauft worden, um dieselben an die Volksschullehrer der Provinz zu verteilen. Die Königliche Regierung in Schleswig hat nämlich Veranlassung genommen anzuordnen, dass die Lehrer der Provinz die Zahn- und Mundpflege bei dem naturkundlichen Unterricht in den Lehrplan aufzunehmen haben.

Möge die deutsche Aerztewelt dazu beitragen, dem Werkchen durch Empfehlung an Patienten weitere Verbreitung zu sichern.

Dr. Fricke-Kiel.

Digitized by Google

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber einen konstanten Bakterienbefund bei Scharlach. Von A. Baginsky und P. Sommerfeld.

Im Pharynxschleim scharlachkranker Kinder fanden sich unter 363 Fällen 336 mal nur Coccen, 22 mal neben ihnen Diphtheriebazillen, 5 mal andere Stäbchen. Im Blut und den Organen scharlachkranker Kinder wurde in allen Fällen konstant ein Streptococcus gefunden, in frisch untersuchten Fällen in Reinkultur.

Die Ketten sind verschieden lang, von 3 bis zu 50 Individuen und darüber. Der Einzelcoccus ist meist kreisrund, bisweilen senkrecht zur Kettenaxe abgeglattet, sodass einzelne Glieder als Diplokokken erscheinen. Die Form richtet sich nach der Zusammensetzung des Nährbodens. Färbung mit allen Anilinfarben ist möglich, die Gram'sche Färbung positiv. Der Coccus lässt sich auf den gebräuchlichen Nährböden züchten, auch auf Gelatine, die er nicht verflüssigt. Kein Wachstum auf Kartoffeln. Gerinnung von Milch bei 37 °. Die Virulenz ist sehr wechselnd und nicht abhängig von der Schwere des Falles. Agglutination durch Blut von Scharlachrekonvalescenten gelang nicht. Die Kokken geben ein sehr wirksames Toxin ab.

Dass diese Kokkenbefunde in direkter Beziehung zum Scharlach stehen, ist zwar nicht bewiesen, doch sehr wahrscheinlich.
(Berliner klin. Wochenschr. 1900, Nr. 27). M. Moltrecht-Halle.

— Ueber das Baden Neugeborner. Von H. Kowarski.

Nach Würdigung der über diese Frage existierenden Litteratur berichtet Verf. über einige von ihm angestellte Versuche. Von 420 Kindern, deren Nabelschnur er gleichmässig mit Gypspuderung behandelte, wurde die Hälfte gebadet, die andere Hälfte ausser einem Bade gleich nach der Geburt nicht. Er fand nun Folgendes: Die Mumifikation der Nabelschnur und ihr Abfall wird durch das Baden nicht beeinflusst. Fiebernde fanden sich in beiden Gruppen in gleicher Menge. Die Gefahr der Gonococceninfection ist beim Baden nicht grösser als beim Reinigen des Kindes durch Abwischen. Ueber Gewichtszunahme fehlen eigene Beobachtungen.

Sprechen des Verf. Ergebnisse nicht gegen das Baden, so giebt es andererseits viele Momente, die dafür sprechen, so die öftere Durchnässung der Watte am Nabelschnurrest. Besonders aber ist zu fürchten, dass man, zumal bei der ärmeren Bevölkerung, der Unreinlichkeit Vorschub leistet, da das Abreiben doch meist nicht mit der nötigen Sorgfalt ausgeführt werden wird.
(Wiener klin. Wochenschr. 1900). M. Moltrecht-Halle.

— Erguss von Urin das perirenale Gewebe durch Trauma. Laparotomie, Heilung. Von P. Nayond.

Bei einem acht und ein halb Jahr alten Mädchen bildete sich nach einem Fall von einem Wagen in der linken Lendengegend ein

Digitized by Google

Tumor, der langsam wuchs. Direkt nach dem Sturz war der Urin etwas blutig. Es bestanden nur geringe Schmerzen, welche das Kind auf die linke Hüfte lokalisierte. Die Untersuchung ergab eine stark ausgedehnte Dämpfung unterhalb des linken Rippenbogens, undeutliche Fluctuation, Unbeweglichkeit des Tumors. Das übrige Abdomen vollständig weich. Die Operation brachte vollständige Heilung. Die Entstehung des Ergusses ist durch Verletzung des Nierenbeckens oder Ureters entstanden zu denken. Um eine Stauung kann es sich nicht handeln, weil durch die Blase immer Urin entleert wurde. Die in der Litteratur verzeichneten Fälle ergaben wegen sekundärer Infektion nicht immer eine gute Prognose. Die Fälle sind im Ganzen selten.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900). Behrens-Karlsruhe.

Die Behandlung des Typhus bei Kindern mit kalten Bädern. Von J. Glénard.

Verf. verteidigt die Bäderbehandlung bei Typhus der Kinder gegenüber Variot und anderen franz. Klinikern, welche bei der Epidemie im Jahre 1899 in Folge dieser Behandlung heftige Nervenchocs und Erscheinungen von Herzcollaps beobachtet haben. G. hatte bei systematischer Anwendung der Bäder eine Mortalität von 2.5 Procent, während die Sterblichkeit bei medicamentöser Behandlung 15 Procent und bei gemischter 11 Procent betrug. Die Prognose hängt demnach von der Art der Behandlung ab. Herzcollaps ist zu befürchten, wenn das Bad zu warm ist oder die Krankheit in einem zu weit vorgeschrittenen Stadium sich befindet. Wird in diesem Falle ein Analepticum gegeben, so ist auch dann das kalte Bad von grossem Nutzen und die Complikation der Herzschwäche lässt sich überwinden.

(Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.) Behrens-Karlsruhe.

— Zur Arthrodese bei Schlottergelenken bei essentieller Kinderlähmung. Von Propper.

Ein Knabe wurde im 3. Lebensjahre nach einer Durchnässung an beiden Beinen gelähmt, so dass er sich seit 4 Jahren nur auf allen Vieren fortbewegen konnte. Die Muskulatur der unteren Extremitäten war hochgradig atrophisch, das rechte Bein verkürzt. Nach Arthrodese des rechten Bein- und Fussgelenkes und des linken Kniegelenkes konnte sich Patient mit Hilfe eines Stützapparates und von Krücken aufrecht fortbewegen. Der funktionelle Effekt wird im Laufe der Zeit sicherlich zufriedenstellend sein, sobald eine feste Verwachsung in den operierten Gelenken eingetreten sein wird.

(Wien. klin. Rundschau 1900.) Dr. Goldbaum-Wien.

Digitized by Google

Rezeptformeln für die Kinder-Praxis.

Rp.
Citrophen 0,1—0,4
DS. tgl. 4 P. z. n.
Antirheumaticum
(Frieser).

Rp.
Calc. sulfuric. 0,03
Aq. destillat 125,0
DS stdl. 1 Kaffeel.
Eclampsia infant.
(unter 6 Mon.) (Kings.)

Rp.*)
Urotropin 2,0
Aq. destillat 100,0
DS 3—4 mal tgl. 1 Kaffeelöffel (In den ersten 2—3 Jahren; später 3—4 mal tgl. 0,3—0,5 bis zum Eintritt saurer Reaktion.)
Cystitis.

Rp.
Natr. biborac. 25,0
Glycerin 100,0
DS. zum Auswischen des Mundes.

Rp.
Hydrargyr. cyanat. 0,01
Glycerin 50,0
DS. zum Auswischen des Mundes.
Soor
(letzteres bei stärkerem Auftreten.)

Rp.
Hydrargyr. jodat.
s. Protojoduret Hydrargyr.
0,005 (erste 8 Wochen).
0,0075 (3.—6. Mon.)
0,01 (2. Lebenshalbjahr).
0,015 (2. Jahr.)
DS 3 mal tgl. 1 P.
Syphil. congen.

Kleine Mitteilungen.

Im Verlage von R. Oldenbourg in München und Leipzig wird vom 1. Oktober ab der deutsche Verein für Volkshygiene eine Zeitschrift erscheinen lassen, welche einerseits als Vereinsorgan dienen, hauptsächlich aber in einer wohlgeordneten fortlaufenden Weise allen Kreisen unseres Volkes Aufklärung über hygienische Fragen und eine gesundheitsgemässe Lebensweise bringen soll. Der Inhalt der Zeitschrift hat also als Hauptzweck die Krankheitsverhütung. Als Herausgeber zeichnen Geh. O.-Reg. Rath Dr. Bödiker, Dr. Graf Douglas, Geh. Med. Rat Prof. Dr. v. Leyden und Geh. Med. Rat Prof. Dr. Rubner, während die Redaktion in den Händen eines Arztes Dr. Beerwald, eines Laien Reg.-Rat Dr. Kantz und eines Berufshygienikers Dr. Spitta ruht. Etwaige Anfragen, Beiträge sind nach Berlin W., Maassenstr. 23 zu richten.

---

* Die folgenden Verordnungen sind d. soeben erschienenen 2. Aufl. von Neumann „Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten" entnommen.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **November 1900.** **Heft II.**

Inhalt: Originalien: **Selter,** Bericht über die Verhandlungen der Sektionen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900: (Gerhardi. Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene; Kormann, Errichtung von Sanitätsstationen in den Schulen; Schmid-Monnard, Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern; Fischbein, Stimmritzenkrampf; Falkenheim, Familiäre amaurotische Idiotie; Heubner, Säuglingsatrophie; Hochsinger, Hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge; Ponfick, Ueber die Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberkulose; Feer, Die Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter.) 241. — Referate: **Hänel,** Varicellen. 248. — **Petit,** Darmtuberkulose. 249. — **Cassel,** Bauchfelltuberkulose. 249. — **Roglet,** Meningitis. 250. **Peltesohn,** Rhinitis fibrinosa, 251. — **Zweifel,** Rhachitis, 252. — **Comby,** Uricämie. 254. — **Fürst,** Anämie. 255. — **Delcourt,** Gelenkrheumatismus. 256. — **Koths,** Lumbalpunktion. 257. — **Jablocow,** Lungenchirurgie. 257. — Gesundheitspflege: **Schmid-Monnard,** Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. 258. — Rezensionen: **Gerhardt,** Lehrbuch der Kinderkrankheiten, 2. Bd. 5 Aufl. 259. — **Abeles,** Die laryngo- u. rhinologischen Untersuchungsmethoden. 259. — **Pfeiffer,** Taschenbuch der Krankenpflege, 3. Aufl. 260. — **Bernheim,** La médication ergotée. 261. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 262. — Kleine Mitteilungen. 264.

Bericht über die Abteilungen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen vom 16.—22. September 1900.

Von Dr. **Selter,** Kinderarzt in Solingen.

Von der verehrl. Redaktion des „Kinder-Arzt“ zu einem Berichte über die diesjährige Versammlung aufgefordert, bringe ich im nachstehenden selbstverständlich nur das, was für die Leser dieser Zeitschrift, die Kinderpraxis ausübenden Aerzte, wichtig ist unter möglichster Resumierung der mehr theoretischen Auseinandersetzungen und unter Hervorhebung des praktisch Wertvollen.

Neben den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde bringe ich deshalb auch diejenigen der zum ersten Male tagenden deutschen Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, deren Mitglieder sich aus Gebildeten aller Stände rekrutieren, und deren Bestrebungen auf diesem leider noch so viele Mängel aufweisenden Gebiete zu unterstützen, die Pflicht eines jeden Arztes ist, dem das Wohl der kommenden Generationen am Herzen liegt. (Vorsitzender Prof. Dr. Griesbach, Mühlhausen-Basel, Jahresbeitrag 3 Mk.)

Gesellschaft für Schulgesundheitspflege. Sitzung vom 16. September 1900,

Aus der Psychologie in Bezug auf Pädagogik und Schulhygiene bringt Gerhardi (Lüdenscheid) 3 schön ausgeführte Kapitel.

I. Da ohne Gehirn keine Seele, und dieser Sitz der Seele, um

Digitized by Google

normal zu arbeiten, in gehöriger Menge von gesundem Blut durchflossen sein muss; anderseits aber feststeht, dass das arbeitende Organ am meisten mit Blut versorgt ist, andere dagegen blutleer sind (z. B. findet sich das Gehör der Wandervögel ziemlich blutleer), so wird nach der Mahlzeit das Blut des Kindes sich zum grössten Teil in den Verdauungsorganen finden, das Hirn aber relativ anämisch sein. Hieraus folgt der Leitsatz, dass bei der bei uns üblichen Lebensweise der Unterricht an Nachmittagen, also nach der Hauptmahlzeit, für Lehrer und Schüler gleich schädlich sei.

II. Durch eine zeitliche Folge von konsonierenden Gefühlen entsteht der Affekt (Freude, Zorn), dieser ruft den Willensvorgang hervor und als deren Teil die Willenshandlung. Eine absolute Willensfreiheit, d. h. Wirkung ohne Ursache, giebt es demnach nicht.

Schluss: 1) Nicht alles sollte beim Kinde als böser Wille angesehen werden; 2) Strafe darf nicht als Mittel zur Vergeltung, sondern als Mittel zur Besserung angesehen werden, und muss dementsprechend gestaltet werden.

III. Unser Denken setzt sich zusammen aus Begriff, Urteil und Schlussbildung.

Urteil und Schlussbildung sind aber mehr mechanisch und der Pädagogik nicht unterworfen. Dagegen die Begriffsbildung ist dieser zugänglich, d. h. die Ausbildung der Sinne.

Die Sprache ist Mittel zur Mitteilung. Nur ist die Summe der Wörter sehr klein gegenüber den Begriffen. Deshalb kann die Sprache kein Uebungsfeld für Begriffsbildung abgeben.

Wohl aber die Anschauung, der naturwissenschaftliche Unterricht sind Ausbildungsmittel. Die Muttersprache, nicht die alten Sprachen, das Mittel hierzu.

Kormann (Leipzig) befürwortet die Errichtung von Sanitätsstationen in den Schulen. Zu diesem Zwecke sollen sämmtliche Lehrer praktisch ausgebildete Samariter sein, nicht uur theoretisch, wie bisher, geschult. Den Schulen könne man ja daraus keinen Vorwurf machen, dass plötzliche Erkrankungen und Unfälle in ihr in erheblichem Maasse vorkämen, weil sich jugendliche und gesunde Menschen darin aufhielten, wohl aber sei es tadelnswert, dass die erste Hilfe hier nicht sachgemäss geleistet werden könne. Um diese leisten zu können, gehöre ausser obiger Ausbildung ein von einem praktischen Arzte, nicht Theoretiker, eingerichteter Verbandkasten, deren K. einen demonstriert, und die Thätigkeit des Samariters entwickelt bei Brüchen, Verrenkungen, plötzlichen Erkrankungen und Wunden. (Mit der von ihm vorgeschlagenen Reinigung und Verband der Wunden durch Samariter dürfte sich wohl nicht jeder Arzt einverstanden erklären! Anm. des Ref.)

Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern in Halle a. S. hat Schmid-Monnard an 102 in sogen. „Hilfsklassen" untergebrachten Kindern beiderlei Geschlechts festgestellt. Zunächst stellt derselbe fest, dass 1898 ca. 7000 solcher Schwachbefähigten, d. h. geistig zurückgebliebene aber noch unterrichtsfähige Kinder (soweit nachgewiesen) in Deutschland existierten. Von diesen würden über 60 Proz. durch geeignete Behandlung und Unterricht noch erwerbs-

Digitized by Google

fähig werden. — Neben geistigem Defekt treten körperliche Minderwertigkeit bei diesen Kindern deutlich hervor, besonders tritt mit Ende des 2. Schuljahres eine körperliche Hemmung (im Wachstum, Gewichtszunahme etc.) ein, Hand und Hand damit ein geistiger Rückschritt. Bevorzugt sind Mädchen. Als besonders charakteristisches für das Lehrpersonal wichtiges Zeichen giebt S. eine dem Veitstanz ähnliche Unruhe der Kinder an, die Eltern und Lehrern erst nach Beginn des Schulunterrichtes auffällt. Alsbald zeigt sich dann auch geistige Minderwertigkeit. Ursächlich führt S. 1) angeborene (Kinder von Säufern, geistig Gestörten, Bestraften) und 2) erworbene (a Kinder aus sozial ungünstig gestellten, kinderreichen Familien, b) durch Erkrankungen erworbene) Minderbegabung an. Unter den erworbenen Ursachen sind die Nasenrachenwucherungen weitaus am häufigsten, und therapeutisch am wichtigsten. In dieser Hinsicht kommt Operation der Wucherungen, Besserung sozialer Verhältnisse und zweckentsprechender Unterricht in Betracht. Eine schöne Uebersicht über die Ursache und deren Einfluss auf den eventuellen Erfolg geben nachstehende von S. mitgeteilte Tabellen:

Nasenrachenwucherungen fanden sich bei obigen Minderbegabten:

mässig in	30 %
stark „	50 %
Sa. in	80 %

Dementsprechend:

Chronische Gaumenmandelschwellungen in	25 %
Ueberbleibsel von Ohrenkrankheiten in	33 %

Hörweite für Flüstersprache

unter 2 m	in 13 %
2—4 m	in 11 %
4—8 m	in 66 %
normal 8 m	in 8 %

Die geistige Leistung der Kinder

	war	gut	mittel	schlecht
von 6 Trinkern	in	0 %	16 %	83 %
von 11 Prostituirten	in	18 %	36 %	46 %
von 25 Bestraften	in	4 %	52 %	44 %
von 62 Ordentlichen	in	5 %	64 %	31 %

Abteilung für Kinderheilkunde. Sitzung: 17. September.

Fischbein (Dortmund) empfiehlt als Mittel gegen den Stimmritzenkrampf, bei dem ihm alle bisherigen, medikamentösen Mittel, deren er eine Anzahl anführt, nichts nützten, das Aussetzen von Milch, und Ernährung mit Mehlen, namentlich Muffler's Mehl. Als Grund des Spasmus führt er eine durch die Milch und Milchprodukte hervorgerufene, vom Darm ausgehende Intoxikation an.

In der Diskussion, an der sich Hochsinger, Schmid-Monard, Schlossmann, Falkenheim, Ungar, Conrads und andere beteiligten, wird darauf hingewiesen, dass es sich beim Laryngospasmus in weitaus den meisten Fällen um eine auf der Basis der Rachitis beruhende

Digitized by Google

funktionelle Neurose handelt, dass also eine zweckmässige Diätänderung die Anfälle verhindern könne, nicht aber die Grundkrankheit beseitige. Hier sprechen sich alle für die Phosphorbehandlung aus und befürworten eine möglichst frische Bereitung des Oeles, da Zweifel über dessen Phosphorgehalt auftauchen. (Zweifel).

(Der Fischbein'schen Annahme, dass die Milchernährung als solche die Ursache des Spasmus sei, widerspricht in seinen mitgeteilten Krankengeschichten, dass er bei Ernährung mit Muffler und Nestlé, also auch milchhaltigen Mehlen, Erfolge erzielte. Anm. d. Ref).

Falkenheim (Königsberg) berichtet über die familiäre amaurotische Idiotie, und fügt den bisher nur durch Ophthalmologen bekannt gegebenen Fällen zwei eigene Beobachtungen hinzu. Diese wahrscheinlich auf der anatomischen Basis einer Degeneration der Pyramidenbahnen (von den Ganglienzellen der grauen Hirnsubstanz bis zum Rückenmark hinab) beruhende Erkrankung wurde bisher ausnahmslos in jüdischen Familien oft mehrfach beobachtet. Erbliche Belastung war nicht in allen Fällen vorhanden. Die Erkrankung tritt gewöhnlich innerhalb des 1. Lebensjahres auf. Nach einer körperlich und geistig normalen Entwicklung von wenigstens einigen Monaten tritt allmählich zunehmende Verblödung ein. Die Sensibilität bleibt erhalten. Die anfangs vorhandene Gesichtsempfindung schwindet allmählich, am längsten bleibt noch die Gehörsempfindung, die sogar vorübergehend durch vermehrte Reflexthätigkeit gesteigert erscheint. Charakteristisch für alle bisher beobachteten Fälle ist der Augenspiegelbefund, der in der Gegend der Macula lutea einem grau- bis schneeweissen Fleck mit einem tiefroten Punkte in der Mitte ergiebt.

Prophylaxe und Therapie sind machtlos; die Kinder gehen alle, gewöhnlich bis Ende des 2. Lebensjahres, zu Grunde.

F. ist durch Vermittlung von Rey (Aachen) in der Lage, in der Sitzung vom Donnerstag, den 20. Septbr., seine schönen Ausführungen über diese seltene Erkrankung durch einen weiteren Fall, den er vorführt, zu belegen.

Heubner (Berlin) wendet sich in seinem Vortrage über Säuglingsatrophie (d. h. Atrophie bei fehlender Verdauungsstörung und im allgemeinen zweckmässiger Ernährung) gegen die von Nothnagel und vor allem Baginsky als Ursache hierfür angenommene Atrophie der Darmwandung, speziell des Epithels. Diese sei eine durch die Aufblähung des Darmes entstandene mechanische Verdünnung resp. Auseinanderdrängung des Darmes. Er belegt seine Behauptung durch vom künstlich aufgeblähten Darm gewonnenen Bilder darmgesunder Kinder. Für seine Angabe spreche auch, dass die Atrophie alsbald in wenigen Wochen schwinde, sobald die rechte Nahrung gefunden sei. Er möchte die Ursache der Atrophie vielmehr in einem grossen Verluste an Energie suchen (nach Camerer), die in der Assimilation der Nahrung und der Wärmeabgabe verausgabt werde. Eine nur etwas für den speziellen Fall leichter auszunützende Nahrung würde schon ein Plus in der Energiebilanz ergeben.

In der Diskussion, in der alle bezüglich der Darmatrophie dem

Digitized by Google

Redner beistimmen, wird von Hochsinger das Protoplasma resp. dessen geringere Thätigkeit, von Schlossmann eine Störung im Aufbau, ähnlich wie beim Diabetes, als mögliche Ursache herangezogen, auch wird von Schmid-Monnard als am wenigsten Energie verbrauchende Nahrung für Flaschenkinder eine solche mit $^1/_6$ der Kalorien im Eiweiss, $^5/_6$ in Kohlehydrate und Fett bei ca. 130 Kalorien insgesammt pro Kilo und Tag angegeben, während Teixeira de Mattos Buttermilch empfiehlt.

Hochsinger (Wien) erläutert an der Hand von 55 Fällen und zwar 11 mal an Zehen, 44 mal an Fingern, die hereditär-syphilitische Phalangitis der Säuglinge. Dieselbe hat, wie die osteosyphilitische Pseudoparalyse der langen Röhrenknochen einen einheitlichen anatomischen und klinischen Charakter, und besteht wie diese in einer diffusen, rareficierenden Ostitis, von der Ossificationgrenze beginnend, wo auch bei Rückgang der Erscheinungen die Verknöcherung wieder beginnt. Bei der Spina ventosa sind im Gegensatz einzelne Herde vorhanden. Klinisch kennzeichnet sich die Erkrankung neben luetischen Erscheinungen des übrigen Körpers durch flaschenförmige Auftreibung der erkrankten Finger, wobei die Grundphalanx am frühesten und später am meisten aufgetrieben ist. Die Interphalangealgelenke bleiben frei, auch sind die Weichteile nie bei der Entzündung beteiligt. Endlich geht die Erkrankung nie in Eiterung über. Das alles unterscheidet sie von der spina ventosa, welch letztere, wenn multipel, nicht nur die Grundphalangen primär befällt. — Die Erkrankung ist selbstverständlich durch antiluetische Kuren heilbar.

H. demonstriert als Belege Photo- und Skiagramme. Sektionsbefunde würden allerdings, wie Heubner will, weitaus kräftiger sein.

In einer gemeinsamen Sitzung der Abteilungen für innere Medizin, Chirurgie, pathologische Anatomie, Hygiene und Kinderheilkunde erstatteten im Auftrage der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde Ponfick (Breslau) und Feer (Basel) ihr Referat.

Ponfick führte in seinem Thema „Ueber die Beziehungen zwischen Scrophulose und Tuberkulose“ aus, dass seit der Koch'schen Entdeckung des Tuberkelbacillus der Begriff Scrophulose in seiner alten „ominösen“ Vieldeutigkeit nicht mehr aufrecht erhalten werden könne. Ein Ueberblick über die Forschungen auf diesem Gebiete ergebe etwa folgendes: Die Drüsenerkrankungen die zum Bilde der „alten“ Scrophulose gehörten und sein charakteristischer Bestandteil seien, sind zum grössten Teile tuberkulöser Natur. Die Drüsen geben das Sammelbecken für auf der Haut, der Schleimhaut etc. sich abspielende Erkrankungen ab. Die primäre Erkrankung spiele sich auf den Deckflächen, in den Gefässen ab. Hier würden aber alle Bakterien leichter fortgeschwemmt, und demnach sei ihr Nachweis hier sehr schwierig, immerhin sei der Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zwischen Erkrankung der Deckfläche und Drüsenerkrankung geliefert, wenn auch der zeitliche Zwischenraum oft ein grosser sei. Wichtig sei hierbei, dass die unverletzte Cutis für Tuberkelbacillen undurchgängig ist, immer also ein Epitheldefekt vorausgegangen sein müsse, während die Schleimhaut des Mundes, des Darmes etc. auch in unverletztem Zustande für diese Bacillen

Digitized by Google

durchgängig ist. Für das Lungenepithel ist das nicht nachgewiesen, jedoch wahrscheinlich, da es für gröbere Bakterien (Milzbrand) passirbar. P. berichtet alsdann, dass aber nicht alle Drüsenerkrankungen tuberkulösen Charakters seien, ebensowenig wie alle ekzematösen Ausschläge, die so vielfach zur Scrophulose (sc. in altem Sinne) gerechnet würden. Es seien für viele dieser Erkrankungen trotz sorgfältiger Untersuchungen Tuberkelbacillen nicht gefunden, wohl aber Pneumo-, Gono-, Staphylo-, Streptococcen. Für diese letzteren sei die unverletzte Cutis auch durchgängig. Klinisch seien diese Erkrankungen der Haut sowohl wie der Drüsen von der tuberkulösen unterscheidbar, wenn auch schwierig, wobei auch zu berücksichtigen sei, dass sich auf eine solche nicht tuberkulöse (pyogene) Erkrankung die tuberkulöse aufpfropfen könne. So kommt P. zu dem Schlusse, dass eine pathologisch-anatomisch einheitliche Grundlage für den Begriff „Scrophulose" nicht vorhanden sei. Sie ist aber auch keine lokale Tuberkulose, wie viele wollten, sondern eine Reihe infektiöser Erkrankungen, die klinisch und ätiologisch verschieden (pyogene, tuberkulöse oder Mischinfektion) seien. — Bei dieser Einteilung, meint P., seien die allgemeinen Erscheinungen nicht berücksichtigt, die klinisch sehr in den Vordergrund treten, und die man als Konstitutionsanomalie bezeichne.

Diese bestehe in einer grösseren Aufnahmefähigkeit für fremde Elemente und eigene Absonderungen, in Störungen der Saftbewegungen. Für diese könne man zur Zeit noch den Begriff „Scrophulose" aufrecht erhalten.

Diese überaus sorgfältigen Zusammenstellungen, die für den Praktiker dankbare Winke für die Differentialdiagnose der verschiedenen Drüsenerkrankungen geben, weisen schon auf die Prophylaxe der Tuberkulose, die sich primär auf den Deckflächen abspielt, hin. Um so fesselnder war es, im Anschluss an P.'s Vortrag den Correferenten E. Feer (Basel) über die Prophylaxe der Tuberkulose im Kindesalter zu hören. Wie wichtig diese sei, weist derselbe an einer Reihe von Zahlen nach, nach denen jeder 3. Todesfall, jeder 2. Invaliditätsfall der Tuberkulose zur Last gelegt werden müsse. 30—40 Proz. aller Todesfälle bei Kindern erfolge an Tuberkulose, und zwar ist hier das 2.—5. Lebensjahr am meisten bedroht, früher und später weniger. Fast nie aber sei die Tuberkulose angeboren, sondern immer durch Infektion hervorgerufen. Aus diesem Grunde sei gerade die Prophylaxe so eminent wertvoll, und das um so mehr als therapeutische Massnahmen grade für das Kind viel weniger in Betracht kommen.

Die Infektion erfolge fast stets durch die Luftwege und (in 2. Linie) die Nahrungswege, dementsprechend sei am häufigsten die Erkrankung der diesen zugehörigen Drüsen, der Bronchialdrüsen, dann der Halsdrüsen und erst zuletzt der übrigen Organe. Bei der Neigung des kindlichen Organismus zur Erweichung der erkrankten Drüsen, sei die miliare Verbreitung der Tuberkulose von hier aus häufig. — Hiernach hätten sich die Schutzmaassregeln zu richten.

Ein Eheverbot für Tuberkulöse einzuführen, wie es in einzelnen Staaten Nordamerikas existiert, sei zwar zweckmässig, aber undurch-

Digitized by Google

führbar, dagegen könne der Arzt Tuberkulösen von der Ehe abraten und ist diese eingegangen, Massregeln zur Vernichtung der Tuberkelbazillen geben u. s. w.

Da die Tuberkulose mit der Wohnungsdichtigkeit parallel geht, andererseits Luft und Licht die grössten Gegner der Tuberkelbacillus sind, so ist auf eine möglichste Verbesserung der Wohnungen zu dringen. (Geräumig, an breiten Strassen und Gärten, keine Hofwohnungen). Hier habe man allerdings mit der Genusssucht des Menschen zu kämpfen, die in Deutschland zu einer Mehr-Ausgabe von 50 Mk. pro Kopf und Jahr für Alkohol denn für Fleisch geführt habe. F. befürwortet deshalb scharfe Wohnungsgesetze.

Die Wohnungen seien entsprechend eingerichtet und peinlich sauber gehalten. Vermieden seien Polstermöbel, Teppiche, weil schlecht zu reinigen, vor allem aber die Schleppröcke der Frauen. Je exakter die Körperpflege, desto besser (Waschen und Baden, Reinigen des Mundes, häufiger Wäschewechsel) und sollte deshalb der Mutter zufallen, die nicht zum Broterwerb herangezogen werden dürfe, deren Kenntnisse in der Pflege bereichert werden müssten. F. geht hierbei auf bekannte Untugenden in der Pflege der Kinder ein, auf deren Schädlichkeit er hinweist (Lutschen, Küssen, mit Speichel bestreichen, gemeinschaftliche Essgeräte), er weist auf die Wichtigkeit der Zahn- und Mundpflege, der aufmerksamen Behandlung von adenoiden Vegetationen, von Bronchialkatarrhen etc. hin, speziell des Keuchhustens, für den er besondere Anstalten einzurichten empfiehlt.

Der Verkehr der Kinder mit der Aussenwelt werde geregelt. Kleinere Kinder lasse man eventuell im Schutzpferch. Dienstmädchen auch nur mit Verdacht auf Tuberkulose seien vermieden. Halte Tuberkulöse überhaupt von Kindern fern. Am gefährlichsten ist der Umgang des Kindes mit der tuberkulösen Mutter (Tröpfcheninfektion). 44 Proz. der Kinder tuberkulöser Mütter gehen an Tuberkulose zu Grunde, 24 Proz. tuberkulöser Väter. Die Unterbringung solcher Kinder in Kinderheimen, in gesunden Familien sollte allgemein üblich werden.

Wichtig ist vor allem auch die Ernährung des Kindes. Reichliche Milch- und Fleischernährung sind vor allem zu empfehlen.

Hierbei ist nicht zu übersehen, dass 1 Proz. (bedeutend mehr! Red.) aller Kühe tuberkulös sind und in ca. 32 Proz. aller Molkereipräparate Tuberkelbacillen gefunden wurden. Die Tuberkulinprobe sollte deshalb wenigstens für die Spender sogen. Kindermilch obligatorisch sein (wie z. B. in Baden). Aber auch Fleisch ist eventuell tuberkelhaltig. Beide sollten deshalb dem Kinde nie ungekocht gereicht werden. Dass auch die Erzeugnisse tuberkulöser Bäcker, Conditoren, u. s. w. Tuberkulose übertragen könne, sei nicht vergessen. Ein strengeres Lebensmittelgesetz sollte hier Wandel schaffen. Gegen eine „Stadtkrankheit", wie die Tuberkulose, ist vor allem der Aufenthalt in frischer Luft Schutzmittel. Besondere Spielplätze mit Rasen sollten deshalb von grösseren Kommunen, auch für Mädchen angelegt werden. Krippen mit Gärten, Kindergärten (nicht Kinderschulen), Schulbäder und Schulgärten, Ferienkolonien, auch soge-

Digitized by Google

nannte Halbkolonien (wie z. B. Dresden sie für die Nachmittage zu Ausflügen eingerichtet) seien empfohlen, nicht zu vergessen seien endlich die Sool- und Seebäder.

Für schwächliche und vor allem erblich belastete Kinder, sowie für genesende kommen endlich die Kinderheilstätten in Betracht.

Um das alles zu erreichen, sei aber eine andere Erziehung des Menschen erforderlich. Wenn auch jeder Gebildete (speciell Aerzte und Geistliche) die Pflicht habe, hier aufklärend zu wirken, solle die Jugend zu hygienischer Lebensweise erzogen werden, Aerzte sollen an Schulen als Lehrer thätig sein. Koch- und Haushaltungsschulen sollten für Mädchen obligatorisch sein. — Endlich müsse der Staat mit Gesetzen eingreifen. Neben Wohnungs- und Lebensmittelgesetzen müsse obligatorische unentgeltliche Desinfektion der Wohnungen Tuberkulöser, müsse das Verbot an öffentlichen Orten (Strassen, Schulen, Kasernen etc.) auf den Boden zu spucken, alsbald erlassen werden. In summa, so schloss F., nichts neues, die alten Fundamente der Gesundheitspflege: „Luft, Licht und Wasser" sind die besten Schutzmittel gegen die Tuberkulose unserer Kinder.

Diese dankenswerten Ausführungen gaben bei der heutigen Neigung, den Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung in den Lungenheilstätten zu suchen, den Hörern, wie geben sie den Lesern dieser Zeitschrift wiederum eine Anregung, bei ihrer Klientel, in ihrem Gemeinwesen verbessernd und somit schützend zu wirken.

Referate.

Nephritis bei Varicellen. Von H. Haenel. (Centralbl. für innere Medicin 1800, 19.)

Nephritis als Komplikation von Varicellen ist etwas nicht ganz Seltenes. Aus den Publikationen von ca. 30 Fällen geht hervor, dass nach dem Verschwinden des Exanthems (4—12 Tage) eine Nephritis sich einstellen kann, welche im Allgemeinen einen milden Verlauf (geringes oder gar kein Fieber, mässige Störung des Allgemeinbefindens, selten Oedeme, urämische Symptome und tötlicher Ausgang) zeigt. In der Beobachtung des Verf. ist der Umstand ungewöhnlich, dass die Nephritis von dem Ausbruche des Exanthems, gewissermassen als Prodromalerscheinung auftrat. Nach vorübergehenden leichten Fieberbewegungen in Folge von broncho-pneumonischer Lungenerkrankung trat Albuminurie unter hohem, continuierlichen (7 Tage lang) Fieber ein, welches indess das Allgemeinbefinden wenig störte. Nach ziemlich steilem Abfall des Fiebers am 8. Tage erschien unter

Digitized by Google

neuem Temperaturanstieg am 10. Tage ein einzelnes Bläschen, welchem noch einige wenige Efflorescenzen folgten. Der Eiweissgehalt des Urins war allmählich gesunken und vom 10. oder 12. Tage an nicht mehr nachweisbar. Verf. meint, dass es sich um eine Art vikariirende Nephritis gehandelt habe. Das krankmachende Agens der Varicellen hatte statt auf der Haut zum grössten Teil in den Nieren sich localisiert. Gestützt wird die Annahme dadurch, dass das Exanthem ein ganz und gar abortives war. Das Gift schien sich gewissermassen schon in den Nieren erschöpft und zu einem regulären Exanthem nicht mehr die Kraft besessen zu haben. Der Fall gewinnt an Klarheit durch die Beobachtung, dass der Charakter der Epidemie zu Nierenaffectionen neigte. Von im Ganzen 6 Varicellenfällen boten 3 Komplikationen mit Nierenerkrankungen.

v. Boltenstern-Bremen.

Die Wirkung des Nitras argenti bei Darmtuberculose. Von Petit. (Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 36, 1900.)

P. rühmt sehr die Wirkung des Nitras argenti bei Darmtuberkulose. Das Mittel hat den doppelten Nutzen, dass es den Darm desinficiert und die Heilung der tuberkulösen Geschwüre begünstigt. Bei Kindern zwischen 5 und 10 Jahren giebt man 3 Tage nacheinander nach Entleerung des Darmes, am besten mittelst eines Salzwasserklysmas, eine der folgenden Pillen:

Rp. Nitr. argenti 0,01
Amyl.
Pulv. Liquirit. aa 0,02
Mfpill. Dent. tal. dos. No. 5
DS. 1 Pille täglich.

Wenn am 3. Tage die Diarrhoe noch nicht aufgehört hat, gibt man in den 2 folgenden Tagen 2—3 dieser Pillen. Bei Kindern unter 5 Jahren, welche Pillen nicht schlucken können, verabreicht man das Mittel in Lösung oder per Klysma, am besten in Lösung:

Rp. Nitr. argenti 0,01
Aq. destil.
Syr. rub. id. aa 50,0

Einem 6-monatlichen Kinde giebt man 2 Kaffeelöffel täglich; einem älteren Kinde verabreicht man die ganze Lösung innerhalb einer Stunde. Diese Behandlung ist absolut unschuldig und konnte in zahllosen Fällen ohne den geringsten Nachteil eingehalten werden. Bei blutigen Stühlen giebt man ein Klysma aus 0,01—0,1, je nach dem Alter des Kindes, in 200 gr. Wasser.

Dr. Goldbaum-Wien.

Geheilte Bauchfelltuberkulose bei Kindern. Von Cassel. (Deutsche med. Wochenschr. 1900 Nr. 37.)

1) Ein achtjähriger Knabe leidet seit einigen Tagen an Schmerzen in der Magengegend und im linken Hypochondrium, sowie Erbrechen. Die Untersuchung ergiebt Dämpfung im l. Hypochondrium, Fieber bis 39,1. Eine Probepunktion im 10. Interkostalraum liefert wasserhelle, klare, eiweissreiche Flüssigkeit. Als die Dämpfung zu-

Digitized by Google

nimmt, wird eine Laparotomie beschlossen, durch die $^2/_3$ l seröser Flüssigkeit aus dem Abdomen entleert werden. Das Peritoneum ist besetzt mit Knötchen, in denen später Tuberkelbazillen sich nachweisen liessen. Nach der Operation tritt allmählige Besserung und Gewichtszunahme ein. 4 Jahre nach der Operation ist der Knabe noch ganz gesund.

2) Ein 6jähriges, tuberkulös belastetes Mädchen zeigt Knochentuberkulose und eine Dämpfung in der linken Hälfte des Abdomen, welches aufgetrieben ist. Lebhafte Schmerzen. Fieber. Die Diagnose lautet: Peritonitis tuberculosa. Bei der Laparotomie entleerte sich viel seröse Flüssigkeit. Mesenterium und Darmserosa waren übersäet mit Knötchen, deren mikroskopische Untersuchung die Diagnose bestätigten. Zahlreiche Adhäsionen. Nach der Operation langsame, aber stetige Besserung, die auch anhält.

3) Bei einem $2^1/_4$ Jahre alten Knaben, der tuberkulös belastet ist, wird in der Ileocöcalgegend ein Tumor gefunden, der auch nach Gebrauch von Laxantien bleibt, ferner lässt sich viel Flüssigkeit im Abdomen nachweisen. Bei der Laparotomie sieht man Knötchen in der Serosa, die mikroskopisch als Tuberkeln erkannt werden. Die Heilung wurde durch tuberkulöse Infektion der Wunde verzögert, doch blieb die Heilung dauernd.

Die Diagnose hat zu berücksichtigen: Chronische Erkrankung, Schmerzen und Auftreibung des Leibes, Ascites, Tumoren im Abdomen, die bewirkt sind durch Tuberkeln oder durch fibröse Verdickungen. Sie werden besonders gut gefühlt durch bimanuelle Untersuchung vom Rectum aus. Fieber kann fehlen.

Die differentialdiagnostisch in Betracht kommende chronische seröse Peritonitis ist bei Kindern sehr selten. Es fehlen hier Schmerzhaftigkeit und Tumoren.

Prognose der Bauchfelltuberkulose ohne Operation sehr schlecht, bei Operation etwas besser. Von 7 operierten Fällen starben dem Verf. 3. M. Moltrecht-Halle.

Le signe de Kernig dans les méningites. Von P. Roglet. (Gaz. hebd. de méd et de chir. 1900, 56).

Wenn alle Symptome der Meningitis zusammen sich vorfinden, ist es von den ersten Tagen ab leicht, eine sichere Diagnose zu stellen. Solche Fälle aber sind selten. Die Kardinalerscheinungen der Meningitis (Kopfschmerz, Erbrechen, Obstipation, Contracturen) haben nur vollen Wert, wenn sie vereint und in erheblicher Intensität auftreten. Sind sie wenig markiert, fehlt eine oder die andere, so wird die Diagnose verzögert und erschwert. Die Schwierigkeiten wachsen, Irrtümer sind möglich, wenn sie alle fehlen oder im Beginn undeutlich nur nach und nach erscheinen. Derartige Fälle sind am häufigsten. Eine Meningitis, insbesondere eine tuberkulöse, kann sich entwickeln, ohne mehrere Tage lang pathognomonische Zeichen zu bieten. Selbst wenn ein durch eine andere Krankheit geschwächter Organismus von einer Meningitis befallen wird, kann diese durch wenig auffällige Symptome sich äussern, welche nicht einmal die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Anderseits bietet die Me-

Digitized by Google

ningitis cerebrospinalis oft Symptome ähnlich denen von Typhus, Tetanus, infantiler Lähmung.

Das Kernig'sche Symptom (Kniecontrectur beim Aufsitzen) haben manche Autoren nur bei Meningitis beobachtet. Nach Büll ist es weder Folge einer Meningitis nach einer Läsion der Pia mater; es zeigt einfach eine Steigerung des intracraniellen Druckes an; es unterstützt nur die Diagnose. Andere Beobachtungen (Henoch, Herrick, Vidal, Werklen, Klippel) beweisen ferner, dass das Kernigsche Zeichen auftreten kann, ohne das eine Meningitis, eine Entzündung der Meningen vorliegt, dass es ein pathognomonisches Zeichen nicht sein kann. Indess lag in diesen Fällen unzweifelhaft eine Reizung der Meningen durch einen Bluterguss, durch einen Hirnabscess vor. Andere Autoren haben das Symptom beobachtet, ohne dass es durch eine Meningitis oder auch durch eine Meningenreizung sich erklären liess. So fanden Hornich es bei einer bettlägerigen Frau mit blennorrhagischer Arthritis im Kniegelenk, Cipollina und Maragliano in Fällen, wo durch anatomische und bacteriologische Untersuchung, sowie nach dem ganzen Verlauf eine Meningitis absolut auszuschliessen war.

R. hält indess dafür, dass wenn das Kernig'sche Symptom auch nicht nur bei Meningitis sich findet, es doch ausschliesslich unter Abhängigkeit einer Meningenirritation auftritt.

Nach den statistischen Angaben in der Literatur kommt es bei Meningitis in 85% der Fälle vor. Es muss also doch einen gewissen Wert haben und verdient sorgfältig beobachtet zu werden. Von Bedeutung ist zum mindesten für die Mehrzahl der Fälle, dass das Symptom eine Meningenreizung anzeigt. Der diagnostische Wert verliert allerdings dadurch, dass das Symptom selten im ersten Anfang der Krankheit und selten isoliert auftritt. Oft gehen ihm vorher oder begleiten es wenigstens Symptome, welche an sich für Meningitis charakteristisch sind. Meist erscheint es erst im zweiten Stadium der Krankheit, wenn bereits circulatorische und respiratorische Störungen, sowie Contracturen den Uebergang der Affektion von den oberen, cerebralen Meningen auf die bulbären und medullären anzeigten.

Das Symptom ist also ein diagnostisches Hülfsmittel, welches nach Kernig's Worten die Diagnose völlig sichert, wenn ein Verdacht auf Meningitis vorliegt, und mangels eines solchen den Arzt veranlassen muss, nach weiteren Symptomen der Krankheit zu forschen. Auf die Konstatierung des Symptoms allein kann die Diagnose nicht sich stützen. Es ist nur ein schnell orientierendes Symptom (symptôme rapide d'orientation). Von besonderem Wert ist es für die Differentialdiagnose zwischen Meningitis cerebrospinalis und gewissen Formen von Influenza, Typhus, Kinderlähmung, Tetanus, Menigismus. Zur Differentialdiagnose zwischen der ersteren und tuberculöser Meningitis kann es dagegen nicht benutzt werden.

v. Boltenstern-Bremen.

Zur Therapie der Rhinitis fibrinosa. Von F. Peltesohn. (Therap. Monatsh. 1900, 9).

Die Rhinitis fibrinosa macht nur geringe Allgemeinerscheinungen,

Digitized by Google

tritt fast ausschliesslich bei Kindern auf und besteht in einer fibrinösen Exsudation auf der Schleimhaut der Nase. Bei der Nasenuntersuchung mittelst Reflectors sieht man die untere und mittlere Muschel, das Septum, bisweilen auch den Nasenboden mit grauweissen, gelatinösen Massen bedeckt. Meist sind beide Nasenhälften erkrankt, bisweilen ist eine Seite ganz frei, manchmal erkrankt eine nach der anderen. Bei Versuchen, die Membranen zu entfernen, blutet die Unterlage leicht und stark. Die fibrinösen Massen regenerieren auffallend schnell. Die befallene Nasenseite ist vollkommen verstopft. Nicht die leiseste Exspiration, Schnauben etc. ist dort möglich. Eine derartige Verstopfung bei einem scheinbar einfachen Katarrh muss den Verdacht auf Rhinitis fibrinosa erwecken.

Diphtherie der Nase unterscheidet sich sehr wesentlich: sehr starke fieberhafte Allgemeinerscheinungen, neben der Membranbildung starke eitrige Absonderung aus der Nase mit Excoriation der Oberlippe und des Naseneinganges, übelriechender Ausfluss.

P. ist es gelungen, in 12 Fällen in überraschend kurzer Zeit die Membranen zu lösen und die Nase durchgängig zu machen durch lokale Anwendung einer 0,04% Lösung von Hydrarg cyanat. Man zwirbelt ein langes Stück Watte zweckmässig zusammen, taucht es in die Lösung und steckt es für eine Stunde abwechselnd in die eine und die andere Nasenhälfte. Am Tage wird stündlich ein solcher langer spitzer Tampon in die Nase bis zur Riechspalte hineingesteckt. Nachts kann eine Seite tamponiert bleiben. Schon nach kurzer Zeit beginnen die Membranen sich zu lösen, die Nase wird frei, die kleinen Patienten können mit Leichtigkeit den Inhalt der Nase entleeren.

v. Boltenstern-Bremen.

Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Rhachitis. Von Zweifel. gr. 8° III u. 188 S. Leipzig, 1900. Hirzel. Preis 6 Mark.

Der Arzt, welcher bisher aus der umfangreichen Literatur über die Rhachitis praktische Gesichtspunkte für die Behandlung seiner rhachitischen Patienten herausschälen wollte, der bestrebt war, seine kleinen Patientinnen für später vor den traurigen Folgen in der ersten Jugend erworbener Beckenverengungen zu bewahren, sah sich bitter enttäuscht. Vor ihm türmte sich ein Berg von Schriften auf mit den sich widersprechendsten Untersuchungsergebnissen; die positive Ausbeute war gleich Null.

Die vorliegende Arbeit Zweifels, ausgezeichnet durch nüchterne Beobachtung, strengste Selbstkritik, durch ungemein zahlreiche und mit minutöser Genauigkeit angeordnete Untersuchungen ist geeignet, Licht in das dunkle Gebiet der Aetiologie der Rhachitis zu bringen. Die Aetiologie, dann die pathologische Anatomie und Chemie der rhachitischen Knochen ist bereits bis in die feinsten Details durchforscht und geklärt. Die Lectüre dieses hochinteressanten Buches ist nicht ganz leicht, weil sie besonderes Verständniss für physiologische Chemie erfordert. Gleichwohl fesselt sie den Leser von Anfang bis zu Ende, weil sie uns nicht mit theoretischen Erwägungen ermüdet, son-

Digitized by Google

dern von der Praxis ihren Ausgang nimmt und sich fortgesetzt in realem Fahrwasser bewegt.

In dem ersten in drei Abschnitte gegliederten Teil unterzieht Zw. die zahlreichen experimentellen Arbeiten über Rhachitis einer streng-kritischen Sichtung und kommt zu dem richtigen Schluss, dass nur die Kalksalzeentziehung allein, nicht etwa ihre Combinirung mit Milchsäuredarreichung oder gar letztere für sich aufwachsende Thiere rhachitisch macht. Es folgen nun im zweiten Teil auf Grund der von Bunge hervorgehobenen grossen Bedeutung der Alkalisalze für die Ernährung hunderte von Untersuchungen und Controluntersuchungen über den Chlorgehalt (stets als Chlornatrium berechnet) von Schwarz- und Weissbroten, z. t. auch Mehl aus den verschiedensten Städten des In- und Auslandes. Bedeutungsvoll ist das Resultat für das bekanntlich von der Rhachitis besonders heimgesuchte Königreich Sachsen, die Provinz Sachsen und die thüringischen Lande, dass hier im Gegensatz zu ganz Nord- und Süddeutschland das Schwarzbrot gar nicht gesalzen wird.

Zw.'s Ernährungsversuche stillender Wöchnerinnen mit Kochsalzarmer Nahrung hatten zwar eine erhebliche Verminderung des Chlornatriumgehaltes der Muttermilch zu Folge, doch sank derselbe nie unter eine bestimmte Grenze, den sog. „eisernen Bestand". Die Prüfung der mehlhaltigen Kindernahrungsmittel ergab die für die Praktiker sehr wichtige Thatsache, dass sie sämtlich in ihrem Gehalt an Nährsalzen weit hinter der Frauenmilch zurückstehen, also ein grosses Manko für die Oekonomie des Körpers aufweisen und daher als alleinige Nahrung sowohl für Säuglinge im Alter von 3–4 Monaten, als auch für schwächliche ältere Kinder gänzlich ungeeignet sind.

Der dritte und vierte Teil, in 3 bez. 4 Abschnitte zerlegt, beschäftigt sich mit den Schicksalen der mit der Milch in den kindlichen Magen eingeführten Kalksalze, mit der Verdaulichkeit der Kuhmilch durch Kochen, durch Verdünnen mit reinem Wasser, durch Zusatz von Milchzuckerlösung und Kochsalzlösung, endlich mit verschiedenen künstlichen Milchgemengen. Und das Ergebnis ist die hochbedeutende Thatsache, dass auch nur 15 Minuten andauerndes Kochen die Milch chemisch so verändert, dass der kindliche Magen einen grossen Teil der unlösslich gewordenen Kochsalze nicht resorbieren kann. Das ist um so wichtiger, als Zw. nachweist, dass die Kalksalze im wesentlichen im Magen gelöst werden und zur Aufnahme gelangen, die im Darm häufig und zahlreich gefundenen Kalkseifen aber die nicht aufnahmefähig gewordenen Kalksalze darstellen. — Ferner gekochte oder sterilisierte Milch ist nicht schwerer, sondern leichter verdaulich wie rohe, umgekehrt macht die Verdünnung der Milch durch reines Wasser diese nicht im geringsten verdaulicher; nur der Zusatz einer 6,5 proz. Milchzuckerlösung und 0,2 proz. Kochsalzlösung, namentlich aber eine Combination beider bewirkt eine leichtere Verdaulichkeit in erhöhtem Masse.

Der fünfte Teil bringt neben Stoffwechselversuchen rekapitulierend die praktisch wichtigen Schlussfolgerungen, dass eine regelmässig kräftige Säurebildung im Kindermagen die Resorption der Nährsalze erhöht, mithin, weil das Kochsalz Quelle und Ausgangs-

Digitized by Google

punkt für die Verdauungsalzsäure des Magens darstellt, zur Verhütung der Rhachitis der Zusatz von Kochsalz zur Kuhmilch notwendig ist. In dem Mangel an Chlornatriumaufnahme erblickt Zw. die Entstehungsursache der Rhachitis. (25 proz. Beckenverengungen bei den Frauen, namentlich denen der niederen Stände des Königreichs Sachsen und gleichzeitig hier der mangelhafte Salzgebrauch — ungesalzenes Schwarzbrot — !)

Die Heilung der floriden Rhachitis will Zw. durch Darreichung stark verdünnter Salzsäure erreichen, weil durch diese das in der Kuhmilch enthaltene Calciumnitrat wieder in Lösung gebracht und resorbierbar gemacht wird. Dagegen ist dem Phosphor keine spezifische Heilwirkung bei der Rhachitis zuzuschreiben, da zahlreiche Untersuchungen von Phosphorleberthran erwiesen haben, dass infolge von Oxydation des Phosphors in phosphorige Säure überhaupt gar keine Phosphorwirkung zu Stande kommen kann. Zum Schluss gedenkt Zw. noch kurz der Osteomalacie, von der er annimmt, dass sie nicht als eine Tropho-Neurose des Knochensystems, sondern als eine der Rhachitis nah verwandte Krankheit aufzufassen ist.

Vorstehendes Referat kann das Studium der Zweifel'schen Arbeit nicht ersetzen, vor allen Dingen nicht die Beweiskraft zum Ausdruck bringen, die in der strengen Logik und Objektivität uns in jedem Satz entgegentritt.

Die Anschaffung des Buches sei daher jedem Arzt auf das Wärmste empfohlen.

Kr.-Phys. Dr. Schwabe-Langensalza.

L'uricémie chez les enfants. Von J. Comby. (Gaz. hebd. de méd et chir. 1900, 61.)

Die infantile Uricämie betrachtet C. als den Vorläufer und Ausgangspunkt der Gicht, als embryonale Gicht, als Folge einer neuro-arthritischen Diathese. Die Erscheinungen im Kindesalter sind meist paroxystischer Natur. Bald handelt es sich um Kopfschmerzen, bald um periodisches Erbrechen, Arthralgie, Ostealgien, um die verschiedenartigsten nervösen Erscheinungen (cerebrale Erregung, Pavor nocturnus, einfache oder epileptiforme Konvulsionen, Spasmus glottidis usw.), um Hauterscheinungen (recidivierende Ekzeme, Lichen usw.), um asthmatische Anfälle. Alle diese verschiedenartigen Erscheinungen umschlingt ein pathogenetisches Band: Arthritis, Uricämie. Die Ursachen dieser allgemeinen Ernährungsstörung sind hereditär oder erworben. Die Symptome bieten an sich wenig Charakteristisches, ihre Bedeutung erlangen sie erst durch die besonderen Umstände (Alter des Individuums, periodisches, paroxystisches Auftreten, erbliche Diathese, Harnanalyse). Die Prognose ist nicht durchaus ernst, hygienische und vorbeugende Massregeln beeinflussen sie stark. Die Ernährung muss strenge geregelt und zum grössten Teil vegetarisch sein. Ferner handelt es sich um Regulierung der Funktion des Darmes (Laxantien), der Haut (Bäder, Douchen, Abreibungen, feuchte Einpackungen), der Lungen (frische Luft, Körperübungen), Fernhaltung von Gehirnüberanstrengung. Während der Anfälle sind Alkalien zu verordnen, in den Zwischenpausen

Digitized by Google

Trinkbäderkuren, welche die Haut, die Nieren, das Blut, den Magen und Darm, das Nervensystem beeinflussen.

v. Boltenstern-Bremen.

Zur Pathogenese und Therapie anämischer Zustände im Kindesalter. Von L. Fürst. (Therap. Monatsh. 1800, 9).

Die congenitale Form der Anämie entsteht nicht selten durch Vererbung. Habituelle Anämie der Eltern, Cachexie in Folge von Tuberculose, perniciöse Neubildungen usw., ungünstige dürftige Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse der Mutter, Krankheiten während der Gravidität führen zur Anämie des Kindes. Sie kommt auf dem Wege des Placentarkreislaufes zu Stande und bildet sich in der Zeit der foetalen Entwickelung weiter aus.

Die alimentäre Form resultiert aus allzulange fortgesetzter ausschliesslicher Ernährung mit Milch beim normalen, nicht anämisch geborenen Säugling. Milch nimmt bekanntlich bezüglich ihres Eisengehaltes eine sehr niedrige Stufe unter den Nahrungsmitteln ein.

Die Wachstumsanämie ist eine Krankheit des 5.—7., auch bis 12. Jahres. Sie fällt mit dem Längenwachstum und gleichzeitiger Fettabnahme zusammen und ist auf gesteigerte Oxydationsvorgänge zurückzuführen. Die Bildung neuer Blutzellen hält mit den gesteigerten Gewebszerfall nicht Schritt. Die Blutmasse nimmt ab. Sie wird durch vermehrten Absatz von Knochen- und Muskelsubstanz zu stark in Anspruch genommen.

Die Entwickelungsanämie tritt im Schulalter bei beiden Geschlechtern, meist gegen die Pubertät vorwiegend bei Mädchen, also zwischen den 12.—15. Jahre auf, begünstigt durch Ueberanstrengung und Ueberbürdung des Gehirns, nervöse Erregungen, zu anhaltend sitzende Lebensweise.

Pathologische Formen der Anämie treten im Gefolge von akuten Hämorrhagien nach aussen (Blutverlust aus einer Nabelschnurarterie, nach Circumcision, Traumen, durch Epistaxis usw.) oder nach innen (Morb. Barlow. Scorbut, Melaena), von congenitalen Tumoren (Sarkome, cystoide Geschwülste), von akuten Krankheiten mit starken Säfteverlusten (Brechdurchfall), von ausgedehnter chronischer Lymphadenitis, von frühzeitig erworbener Tuberculose, von constitutionellen Krankheiten, welche im Knochenmark, dem Sitz der Blutbereitung, lokalisiert sind. Es handelt sich um direkte oder indirekte Verminderung des Blutbestandes meist zugleich mit starker Abnahme des Hämoglobingehaltes.

Der Verschiedenheit der Pathogenese müssen die therapeutischen Massregeln entsprechend angepasst werden. Die Behandlung muss, um der causalen Indication zu genügen, weniger eine medikamentöse, als hygienisch-diätetische sein. Für die Regeneration des Blutes, die Vermehrung der Zellen und die reichere Versorgung dieser mit Hämoglobin eignen sich nach F. weniger die künstlichen Eisenalbuminate, wenigstens für längeren Gebrauch, als die organischen Eisenverbindungen, welche teils im Pflanzenreich, teils in dem direct aus Blut hergestellten Hämoglobin fertig sich vorfinden. Verf. empfiehlt insbesondere das „trockene Hämoglobin Schneider", Sicco. Die im

Digitized by Google

einzelnen Falle der Form entsprechenden, erforderlichen Massnahmen ergeben sich aus der Aetiologie. Für Diät und Medication empfiehlt Verf. zeitweilige Abwechselung, um Gewöhnung und Abneigung zu vermeiden.

v. Boltenstern-Bremen.

Un cas de rhumatisme articulaire aigu chez un enfant de 18 mois. Von Albert Delcourt. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. 1900, 52.)

In der Literatur giebt es nur spärliche ausführliche Veröffentlichungen über akuten Gelenkrheumatismus bei Kindern unter 2 Jahren. Die meisten Fälle sind gelegentlich in der Discussion mitgeteilt. Verf. vermehrt die Kasuistik um eine Beobachtung und bespricht eingehender die Krankheit, welche im Kindesalter einige besondere Eigentümlichkeiten zeigt. Das Fieber ist im Allgemeinen nicht hoch, selten über 38°. Ausnahmsweise werden profuse Schweisse und heftige Gelenkschmerzen beobachtet. Meist ist nur eine geringe Zahl von Gelenken befallen. Die Dauer beträgt im Allgemeinen 8—15 Tage. Selten schliesst sich ein chronischer Gelenkrheumatismus an. Besonders bemerkenswert ist die sehr leichte Beteiligung der inneren Organe, namentlich des Herzens. Im schweren, allgemeinen, acuten Gelenkrheumatismus der Erwachsenen bildet die Coincidenz einer Pericarditis oder Endocarditis die Regel, die Nichtcoincidenz die Ausnahme, in fieberlosen, partiellen, leichten Fällen dagegen die Nichtcoincidenz der Peri- oder Endocarditis die Regel, die Coincidenz die Ausnahme. Im Kindesalter wird von diesem Gesetz abgewichen. Gerade in leichter Form wird das Herz affiziert. Oft genug liegen nur ganz geringe Gelenkschmerzen vor, welche die Kinder in keiner Weise an der Nahrungsaufnahme, im Spiel stören. Manchmal beginnt die Krankheit mit der Herzaffection. Oft bietet sich als einziges Symptom der Endocarditis der unreine Herzton, wie in vorliegendem Falle. Die Herzerscheinungen gehen meist schnell vorüber, können sogar bei ungenügender Auskultation ganz unbemerkt bleiben. Nach einigen Tagen, im vorliegenden Falle in 4, ist der Zustand wieder normal. Bei dem Patienten blieb auch fernerhin das Herz intact. Von anderen Komplikationen werden Pleuritis und besonders Chorea ($^1/_2$ der Fälle) beobachtet. Charakteristisch für das Kindesalter ist die Beteiligung der fibrösen Gewebe und Sehnenstränge. Um die Gelenke, auf Aponeurosen bilden sich auf Druck schmerzhafte rheumatische Nodositäten von Erbsen- bis Haselnussgrösse, bestehend aus fibrösem oder knorpeligem Gewebe, manchmal mit Kalkeinlagerungen. Die Diagnose kann unter Umständen Schwierigkeiten machen. Verwechselungen sind möglich namentlich mit pseudorheumatischen Gelenkschmerzen bei Scharlach, Variola, Rhachitis, Purpura, beim Wachstum, und mit blennorrhagischer Arthritis. Die Therapie bietet nichts Besonderes. Natr. salicyl. wird von Kindern sehr gut vertragen. Verf. empfiehlt auch Watteeinwickelungen nach voraufgegangenen Einreibungen mit alkoholischer Methylsalicylatlösung.

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Ueber Lumbalpunction bei Kindern. Von O. Kohts. (Ther. Monatsh. 1900, 9.)

Verf. hat in 20 Fällen von Meningitis tuberculosa, in 6 von Meningitis cerebrospinalis suppurativa, in 4 Fällen von Hydrocephalus (1 mal mit Spina bifida, 2 mal mit Hirntumoren), in 2 Fällen von Meningitis simpl. resp. specific. und bei einem 3 monatlichen Kinde mit eklamptischen Anfällen die Lumbalpunction angewendet.

Bei der tuberculösen Meningitis machte ein günstiger Einfluss in einzelnen insofern sich geltend, als kurze Zeit darauf Somnolenz und Coma verschwanden, die Patienten, welche vorher apathisch dalagen und Nahrungsaufnahme verweigerten, zu essen und trinken verlangten und vorübergehend teilnehmend sich verhielten, die Krämpfe hörten bisweilen auf, die vorher trägen Pupillen reagierten wieder. Es trat eine vorübergehende Besserung ein. Einen bleibenden positiven Erfolg nach der Lumbalpunction hat Verf. indess bei der Meningealtuberculose nicht gesehen. Ausschlaggebend für die Diagnose ist der Nachweis der Drucksteigerung, die Vermehrung der Flüssigkeit und der stärkere Eiweissgehalt der Punctionsflüssigkeit.

Bei Hirntumoren mit gleichzeitigen Hydrocephalus konnte ein günstiger Einfluss auf die vorliegenden Symptome nicht wahrgenommen werden. Aber auch ein plötzlicher Tod nach der Lumbalpunction wurde nicht beobachtet. Immerhin warnt Verf. von der Punction bei Hirntumoren. Bei Hydrocephalus mit Spina bifida congenita konnte das beständige Aussickern der Cerebrospinalflüssigkeit aus der Punctionsöffnung nicht verhindert werden. Bei stark entwickelter Spina bifida scheint die Unterlassung der Punction ratsam.

Einen entschieden günstigen Erfolg konnte Verf. durch die Lumbalpunction bei der eitrigen Cerebrospinalmeningitis beobachten. Von 6 Patienten blieben 4 am Leben. Zwei wurden völlig wiederhergestellt, ein dritter verliess abgesehen von vollkommener Taubheit die Klinik gesund. Der vierte, ein schwächliches rhachitisches Kind überstand die Meningitis und entwickelte sich körperlich kräftig, blieb aber geistig zurück und konnte trotz des Alters von 5 Jahren noch nicht selbständig stehen und gehen.

Ein nennenswerter Einfluss auf die Stauungspupille wurde durch die Lumbalpunktion nicht erzielt.

v. Boltenstern-Bremen.

Deux cas de chirurgie pulmonaire chez l'enfant. Von Jablocow. (Bur. des Ann. de Méd. et Chir. infant.)

Vf. geht zuerst sämtliche Affektionen der Lunge durch, welche einen chirurgischen Eingriff veranlassen können, nämlich Fremdkörper in den Lungen, Lungentuberkulose, Erweiterung der Bronchien, Lungenabcess, Lungengangrän und Lungenechinococcus und erörterte dann die Gründe, welche das Misslingen der meisten chirurgischen Operationen bisher verursacht haben. Diese Gründe liegen weniger in der Schwierigkeit der Operationen und der Nachbehandlung als vielmehr in der Schwierigkeit einer lokalen Diagnose des Krankheitsheerdes. Vf. hofft, dass diese Schwierigkeiten sich beseitigen lassen werden mit Hilfe der Röntgenstrahlen. Er beschreibt sodann

Digitized by Google

zwei von ihm an der Lunge von Kindern ausgeführte chirurgische Eingriffe. In dem ersten Falle handelt es sich um einen Knaben, bei dem die physikalische Untersuchung Vorhandensein eines Lungenabscesses ergab. Der Abscess wurde daher eröffnet und der Knabe erholte sich vorübergehend. Als sich aber nach kurzer Zeit sein Befinden wieder verschlechterte, wurde die Operation wiederholt. Vf. fand in der Umgebung des erstenAbscesses drei kleine Abscesse, die er eröffnete und entleerte; aber auch diesmal war die Operation nicht radikal genug, sodass sich nach vorübergehender Besserung das Befinden des Patienten wieder verschlechterte und der Patient starb. Die Sektion ergab, dass die ganze rechte Lunge von gangränösen Heerden durchsetzt war. Im zweiten Falle handelte es sich um ein zehnjähriges Mädchen, das im Anschlusse an eine Influenzapneumonie an Lungenabscess erkrankt war. Hier führte die Eröffnung des Abscesses zu einer raschen und dauernden Heilung.

Dr. Schmey-Beuthen O.-S.

Gesundheitspflege.

Die Ursachen der Minderbegabung von Schulkindern. Vortrag, gehalten auf der 72. deutschen Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in Aachen 1900. Von Dr. Schmid-Monnard.

S.-M. hat die 126 Kinder der Halle'schen Hilfsschule für Schwachbefähigte untersucht, mit Unterstützung der Lehrerschaft, der Armenverwaltung und eines Nerven-, eines Ohren- und eines Augenspezialisten. Schwachbefähigte Schulkinder sind solche, welche zwar unterrichtsfähig sind, aber nicht beanlagt zur erfolgreicher Mitarbeit mit normal beanlagten Kindern. Sie waren in Deutschland 1898 in über 7000 sogenannten Hilfsklassen untergebracht mit einem geringeren Lehrziel. Die grössere Hälfte dieser Kinder wird durch diesen Sonderunterricht nach ihrer Entlassung erwerbsfähig. Das Augenmerk wurde gerichtet auf die Ursachen der geringeren Befähigung in der Hoffnung, einen Weg zu finden, wie die geistigen Leistungen dieser Kinder zu heben sind. Es fand sich, dass alle nicht nur geistig, sondern auch körperlich minderwertig sind und in denkbar ungünstigsten äusseren Verhältnissen leben. Sie stehen den normalen Altersgenossen an Länge und Gewicht im Durchschnitt um $1—1^1/_2$ Jahre zurück, in einzelnen Fällen sogar um 4—5 Jahre. Geistig stehen sie auf der Stufe eines 2—4 jährigen Kindes und nur bei $^1/_8$ der schwachbegabten Schüler findet man leidliche Leistungen. Für die mangelhafte körperliche Entwicklung sind die traurigen häuslichen Verhältnisse (Armut, hohe Kinderzahl, Kränklichkeit der Eltern) verantwortlich zu machen. 40 % der Eltern waren moralisch zu beanstanden und es ist charakteristisch, dass aus Trinkerfamilien fast nur schlechte Schüler hervorgehen, während der grösste Prozentsatz wenigstens mittelmässiger Schüler ordentlichen Familien entstammt. Das Gehörvermögen war nur in $^1/_{10}$ aller Fälle normal, etwa $^1/_4$ ver-

Digitized by Google

stand Flüstersprache nur unter 4 m Entfernung. Wichtig ist die ungemeine Häufigkeit der Nasenrachenwucherungen, die meist in recht ansehnlichem Umfang bei $^4/_5$ aller Kinder nachzuweisen waren. Erfahrungsgemäss wird durch deren Vorkommen die Fähigkeit aufzumerken, und damit die geistige Leistung herabgesetzt. Einem solchen Material gegenüber müssen die Aerzte, die Schule und die Gesellschaft Stellung nehmen. S.-M. schlägt vor, bei solchen Kindern die Nasenrachenwucherungen operativ zu entfernen, um die geistige Leistungsfähigkeit zu heben. Natürlich hat dies nur Aussicht auf Erfolg bei Kindern, deren Nervensystem nicht durch Abstammung von sittlich entarteten Eltern bereits unheilbar krankhaft verändert sind, ist, also bei den Kindern ordentlicher Familien. Der Anfang mit diesen Operationen ist bereits in Halle gemacht worden. Zum anderen dürfen die Kinder nicht wie bisher, erst nach zweijährigem Sitzenbleiben in die Hilfsschule verwiesen werden, sondern spätestens $^1/_4$ Jahr nach Schulbeginn. Schliesslich sind mit Hilfe eines Nervenarztes die immer noch darunter vorkommenden völlig blödsinnigen Kinder aus dem Kreise der Schwachbefähigten zu entfernen. S.-M. schliesst mit den Worten: „Man sieht, welch' ein krankhaft geborenes und krankhaft gewordenes Kindermaterial in unseren Hilfsschulen existiert, dessen geistige Leistungsfähigkeit zum Teil noch zu verbessern ist, und wie notwendig hier eine ärztliche Untersuchung und Beratung, wie notwendig hier die Anstellung eines Schularztes ist."

(Autoreferat).

Rezensionen.

Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Von Prof. Dr. C. Gerhardt, neu bearbeitet von Prof. Dr. O. Seifert. II. Bd., 5. Aufl. Tübingen, H. Laupp'sche Buchhandlung, 1899. Preis 10 Mk.

Der 2. Band des von Prof. Seifert neu bearbeiteten Gerhardt'schen Lehrbuches der Kinderkrankheiten behandelt die Krankheiten der Atmungs-, Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsorgane, diejenigen des Nervensystems, der Bewegungsorgane und die Hautkrankheiten. Wir können hier nur auf das unbedingte Lob verweisen, das wir dem 1. Band des Werkes im Jahrgang 1898 dieser Zeitschrift gespendet haben. Dasselbe gilt auch für den 2. Teil. Insbesondere ist das für das Kindesalter so wichtige Kapitel der Verdauungskrankheiten in einer geradezu musterhaften Weise abgehandelt. — Das Werk ist eines der besten Lehrbücher über Kinder-Krankheiten, die wir in Deutschland besitzen. S.

Die laryngo- und rhinologischen Untersuchungsmethoden. Von Gustav Abeles, Assistent des Kaiser Franz Joseph (früher Mariahilfer) Ambulatoriums in Wien. Mit 25 Abbildungen im Texte. Leipzig, C. G. Naumann, 1900. Preis 1,50 Mk. Nr. 139 bis 141 der medizinischen Bibliothek für praktische Aerzte.

Verf. bespricht in diesem, seinem Lehrer Dr. Moritz Weil

Digitized by Google

in Wien gewidmeten, 150 Seiten starken Büchlein eingehend und doch in knapper, angemessener Form im ersten Abschnitte die äusseren Untersuchungsmethoden und die Untersuchung des Rachens. Der 2. Abschnitt handelt von der Untersuchung des Kehlkopfes, der 3. von der Untersuchung der Nasenhöhle resp. ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.

In klarer, anziehender Sprache geschrieben, lesen sich die einzelnen Abschnitte flott und bieten besonders Anziehendes und Lehrreiches an den Stellen, wo auf die Fehler und Versehen aufmerksam gemacht wird und das geschieht in reichstem Maasse. Neues kann selbstverständlich nicht gebracht werden, doch ist lobend anzuerkennen, dass Verf. die neuesten Erfindungen und Erfahrungen bereits ausgiebig berücksichtigt hat.

Auf Seite 18—25, wo von den verschiedenen Zungenspateln und ihrer umständlichen Desinfektion und den oft von den Patienten bereiteten Schwierigkeiten gesprochen wird, vermisse ich den ebenso einfachen wie billigen und sauberen Holzspatel (100 Stück 60 Pf. bei Wiskemann & Co., Cassel), der nach Gebrauch vernichtet wird und mit dem man in fast allen Lagen auskommt. Die Kunst und nicht die Instrumente machen den Arzt.

Die Seite 41 erwähnte Wasserlinse = Schusterkugel dürfte doch wohl, wenngleich Störck sie noch heute benutzt, in die Rumpelkammer gehören.

Als Stirnbinde benutze ich das von der mediz.-polytechn. Union in Berlin in den Handel gebrachte Spiralband. Den demselben anhaftenden Fehlern, dass sich öfters Haare darin festklemmen und beim Abnehmen ausgerissen werden, habe ich dadurch beseitigt, dass ich das ganze Band mit Seidenstoff überzogen habe. Seitdem bin ich sehr zufrieden! Verf. scheint das Spiralband noch nicht zu kennen.

Ebenso scheint ihm die Thatsache unbekannt geblieben zu sein, dass die mit galvanoplastischem Kupferbelag hergestellten Kehlkopf- und Rachenspiegel sich tadellos in Sodalösung sterilisieren lassen (Zarniko, die Krankheiten der Nase N. 1894, Monatsschrift f. Ohrenheilkunde N. 1897, No. 10, pag. 435, No. 12, pag. 556) wie auch die verschiedenen „aseptischen Spiegel“ von Kilian, Hopmann u. a. nicht erwähnt werden.

Dr. Schwidop-Karlsruhe.

Taschenbuch der Krankenpflege für Aerzte, Pflegerinnen, Pfleger und für die Familie. Herausgegeben von Dr. L. Pfeiffer. 3. Aufl. gr. 8° VIII u. 413 S. Weimar, H. Böhlau's Nachf., 1900. Preis 5 Mk.

Die Ziele, welche sich die vorliegende 3. Auflage des Taschenbuchs stellt, sind wesentlich höhere, als die bisher üblichen. Dies wird im Vorwort noch dahin präcisiert, „dass das Buch in erster Linie ein Lehr- und Nachschlagebuch für Pfleger und Pflegerinnen sein soll; es will indess auch jedem Laien ein Freund und Ratgeber sein. Weiter kann der junge Arzt über manche Frage und manche Pflege sich schnell orientieren (Pocken, Cholera, Diät, Lungenheilstätten usw.). Das Taschenbuch spart endlich, in die Familie einge-

Digitized by Google

führt, dem Arzte viel Zeit und Mühe, wenn es so nach Angabe der einschlägigen Kapitel zur Orientierung über das Wesen der Krankheit und die specielle Pflege bei dieser empfohlen und benutzt wird". Dass der reichhaltge Inhalt des Taschenbuches Vortreffliches bieten würde, das wird schon dadurch gewährleistet, dass jeder einzelne Abschnitt von hervorragenden Fachleuten auf den einzelnen Gebieten bearbeitet wurde, von dem ich nur einige nennen will; Gärtner, Nothnagel, Mendelsohn, Schäfer, Stintzing, Wagenmann, Pfeiffer u. a. — und Lektüre und Studium des Buches bestätigen diese Voraussetzung voll und ganz. Immerhin glaubt Ref., dass das Ziel etwas weit gesteckt sei, denn einerseits ist doch für den vorgebildeten Arzt bei der gebotenen Kürze der einzelnen Abteilungen recht wenig daraus zu entnehmen und andererseits ist nach Ansicht des Ref. für den Laien, für die Familie oft reichlich viel geboten, was dann, wenn es — und das dürfte allzuleicht und zu oft eintreten — von den einzelnen ohne weitere Anleitung, Auslegung und Uebung nicht genügend oder gar falsch verstanden wird, leicht zu ähnlichen Misständen führen kann, wie sie die Benutzung so mancher der vorhandenen sog. populär-medicinischen Schriften im Gefolge hat. Ganz vorzüglich dagegen erscheint dem Ref. die Benutzung des Buches gerade für das berufsmässige Krankenpflegepersonal geeignet zu sein, das in Folge seiner theoretischen und praktischen Vor- und Ausbildung genügendes Verständnis entgegenbringt und daher jederzeit und überall bei der Lektüre, beim Studium und beim Nachschlagen gründliche Anregung und Belehrung findet. Wenn die einzelnen Kapitel und Abschnitte, wie gesagt, als durchaus mustergültig zu betrachten sind, so ist doch eine gewisse Ungleichmässigkeit in der Bearbeitung der einzelnen Teile nicht zu verkennen, was wohl der Hauptsache nach dadurch erklärt wird, dass die Arbeit unter zahlreiche Autoren verteilt ward; ich erwähne hier z. B. die wohl übertriebene Breite der Schilderung der Sophienheilstätte bei Berka a. d. J. und ihre bis ins Detail dargestellten Einrichtungen und Betrieb; dem gegenüber z. B. die Kürze der Kap. V. XIV. und XV. u. a. Sehr praktisch muss Jedem die Einreihung der Abbildungen in den Text erscheinen, die das Verständnis erleichtern und das Gelesene und Geschilderte dem Gedächtnisse zuverlässiger einverleiben. Den Collegen kann so das Taschenbuch in seiner neuen Auflage zur zweckentsprechenden Verwertung und insbesondere als Grundlage für den Unterricht des Pflegepersonals und diesen zum Selbstudium als Hand- und Nachschlagebuch in jeder Weise als vorzüglich empfohlen werden. Die äussere Ausstattung des Taschenbuchs, dessen Wert noch durch ein angefügtes, ausführliches alphabetisches Register erhöht wird, ist eine praktische und sehr gute. Wulff-Oldenburg.

La médication ergotée, Etude experimental et clinique par le docteur Samuel Bernheim. gr. 8° XI und 196 Seiten. Paris, A. Maloine éditeur, 1900.

Der wirksame Arzneistoff des Mutterkorns ist Ergotin 1848 von Bonjean entdeckt. Trotz der allgemein anerkannten Wirkung als Stypticum und Wehen erregendes Mittel wurde es 1885 von der französischen

Digitized by Google

Schule unter Tarnier und Pajot angegriffen und als unnütz oder gar gefährlich verworfen. B. unternimmt es in vorliegender Schrift, dieses wertvolle Mittel des Arzneischatzes zu rehabilitiren, indem er die angeführten Misserfolge und schädlichen Wirkungen auf unzeitige Verordnung und Benutzung von Pseudoergotin, da sich zahlreiche Industrielle der Herstellung des Medicamentes bemächtigten und falsche Präparate in den Handel brachten, zurückführt. — Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Gewinnung bringt er die chemische Zusammensetzung des Ergotins, dann seine und seiner Mischungen physiologische Wirkung und schliesst daran die therapeutische Nutzanwendung des Ergotins und seiner Präparate bei Geburten, Fibromyomen, Muskellähmung, Herzleiden, Aneurysma, Milzhypertrophie, Kropf, Typhus, Dermatosen, Schweiss der Phthisiker, Neurosen und Sekretionsanomalien. Dann folgt ein Capitel über das pharmakologisch wichtige, ferner über Ergotinismus, Mutterkornvergiftungen und die Behandlung akuter Intoxikationen. Die Bedeutung des Ergotins und sein chemischer Nachweis in der gerichtlichen Medicin bilden den Schluss. Als Gegenmittel bei acuter Vergiftung empfiehlt B. ausser Tannin noch Jodnatrium, Eisenoxydhydrat, Chlor- und Königswasser sowie gründliche Ausspülung des Magens, in subacuten Fällen Stimulantien wie Kaffee und Aether, Diuretica, Chloroform, Amylnitrit und Opium. — Die Schreibweise ist klar, der Stoff übersichtlich geordnet. Ref. kann Jedem, der sich genauer mit dem Ergotin bekannt machen will, die Lektüre empfehlen.

Schilling-Leipzig.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Ueber den zweifelhaften Wert des Antitussins als Mittel gegen den Keuchhusten. Von P. Krause.

Antitussin ist Difluorphenyl, eine Salbe, mit der Hals, Brust und Rücken nach vorausgegangener Seifenwaschung eingerieben werden soll. Aus des Verf. Tabellen geht hervor, dass das Antitussin vor diätetischer Behandlung und vor anderen, bisher gebräuchlichen Mitteln (Bromoform, Chinin etc.) keine Vorteile bietet, dagegen traten nach den Einreibungen unter 17 Fällen 8 mal hartnäckige Geschwüre auf, die K. als Fluorvergiftungen erklärt. Schleimlösende und krampfmildernde Wirkung oder deutliche Herabsetzung der Zahl der Anfälle konnte K. nicht bemerken. Trotz genauester Untersuchung liess sich nie Fluor im Urin nachweisen.

(Deutsche mediz. Wochenschr. 1900.) M. Moltrecht-Halle.

— Ueber chirurgische Behandlung von Bronchialerweiterungen und Höhlen. Von Herrmann.

Bei einem 14jährigen erfolglos behandelten Knaben mit Bronchiektasie operierte Rydygier dieselbe, indem er ein 10 cm langes Stück der neunten Rippe excidierte, einen Einstich in die Lunge bis zur Höhle ausführte und übelriechendes, eitriges Sputum entfernte. Am

Digitized by Google

7. Tage nach der Operation schwand der üble Geruch des Sputums und die Sekretion wurde weniger reichlich. Obwohl der Erfolg nicht vollständig war, waren doch die Beschwerden bedeutend geringer geworden. Beachtung verdient ein beigeschlossenes Röntgogramm, welches zeigt, dass die Anschwellung der Endphalangen bei Bronchiektatikern nicht vom Knochen, sondern von der Anschwellung der Weichteile herrührt.

(Przeglad lekarski 1900). Goldbaum-Wien.

— On heredity in disease. Von D. J. Hamilton.

Den interessanten Vortrag in der medicinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Edinburg, welchem eine ausgiebige Diskussion folgte, schliesst Verf. mit folgenden Thesen: Es ist durchaus unbewiesen, dass krankhafte Verhältnisse des Körpers, welche durch äussere Vermittelung im weitesten Sinne des Wortes erzeugt werden, erblich durch Zeugung übertragen werden können, dass die verschiedenen erblichen Anlagen der Prädispositionen zu Krankheiten erblichen Charakters ihren Ursprung in Veränderungen des Keimplasmas haben, dass diese Prädispositionen zu Krankheiten weit in die Geschichte des Menschengeschlechts rückwärts sich erstrecken und nur gelegentlich nach den Gesetzen des Atavismus zur Geltung gelangen, dass äussere Umstände nur das Mittel darstellen, sie ans Licht treten zu lassen. Wenn überhaupt, kann man nur geringes Vertrauen haben, je Klarheit über den Einfluss der mütterlichen Eindrücke zu gewinnen. Zu Unrecht glaubt man, es herrsche Telegonie im Falle erblicher Krankheitsprädisposition, wie es in Bezug auf andere Charakteristica als bewiesen gilt. (The Scot. med. and surg. journ. 1900.)

v. Boltenstern-Bremen.

— Ueber das Verschicken keuchhustenkranker Kinder. Von J. Schwarz.

In diesem auf dem 2. österreichischen Balneologen-Kongress gehaltenen Vortrage spricht sich S. scharf gegen das Verschicken keuchhustenkranker Kinder aus. Diese sollen behandelt werden wie andere Infektionskranke, man soll sie zu Hause halten und streng isolieren. Diese Forderung scheint gerechtfertigt aus folgenden Erwägungen: 1) Die Prophylaxe erfordert, dass Infektionskranke nicht von einer Gemeinde in eine andere transportiert werden, und es muss dies auch für den Keuchhusten gelten. Ansteckung ist schon während der Eisenbahnfahrt, besonders dann aber im Kurort selbst leicht möglich. 2) Der therapeutische Nutzen der Luftveränderung ist nach den Erfahrungen vieler Autoren und auch des Vortr. sehr gering. 3) Massgebend muss auch sein die Gefahr für die Kurorte selbst, denen durch den Ausbruch des Keuchhustens grosser Schaden entstehen würde.

(Wiener med. Wochenschr. 1900, Nr. 27). M. Moltrecht-Halle.

— Haematurie und Gelatine. Von Schwabe.

Verf. würdigt die blutcoagulierenden Eigenschaften der Gelatine und giebt die Krankengeschichte eines schweren Falles von Nieren-

Digitized by Google

blutungen wieder. Er verlief in Folge der Gelatineinjektionen überaus günstig. Aus dem einzigen Falle lässt sich natürlich die Unfehlbarkeit der Gelatinebehandlung nicht herleiten. Immerhin regt er zur Nachprüfung an und zeigt, dass pathologische Zustände der Nieren eine Contraindication gegen die subcutanen Gelatineeinverleibungen nicht bilden, vielmehr durch diese Therapie auf das günstigste beeinflusst werden können.

(Ther. Monatsh. 1900.) v. Boltenstern-Bremen.

— Kopfform bei Hydrocephalus. Von F. Reynault.

Die häufigste Kopfform bei Hydrocephalus ist die brachycephale, namentlich bei jungen Individuen. Durch die Lagerung und verschiedenste Wirkung des Schädelinhaltes auf die innere Wandung der Kopfhülle und, je nachdem die eine oder andere Naht schon geschlossen ist, können verschiedene Abarten entstehen: Vorspringen der Tubera, asymmetrische Formen, Acrocephalie, Scaphecephalie etc. Verf. hat diese verschiedenen Arten an Exemplaren pathologischer Sammlungen studiert. (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1900.)

Behrens-Karlsruhe.

Kleine Mitteilungen.

Extractum Chinae Nanning als Stomachicum wird von Dr. Goliner warm empfohlen. Bei Verdauungsschwäche, akuter und chronischer Dyspepsie hat sich das Präparat sehr gut bewährt. Nicht minder deutlich war der Erfolg bei den Nachwirkungen der Influenza sowie bei gewissen Formen von Neurasthenie. Der bittere Geschmack des Mittels lässt sich leicht durch Darreichung in Portwein, Ungarwein, Syr. cort. Aur. oder auch in Milch mindern. Dr. Robert, der mit diesem Chinaextract ebenso günstige Erfahrungen gemacht hat, hat ihn auch bei kleinen Kindern (2—4 Jahre) mit gutem Erfolg angewandt und sich dabei folgender Formel bedient:

Extr. Chinae Nanning	3,0—5.0
Aquae dest.	80,0
Syr. cort. aur. ad	100,0

MDS. Dreimal tägl. $^1/_2$—1 Theelöffel.

Die Actien-Ges. für Anilin-Fabrikation in Berlin SO. lässt ihre roten und grauen Quecksilber-Resorbinsalben (Ungt. Hydrarygr. rubr. c. Resorb. parat. und Ungt. Hydrarygr. cin. c. Resorb. parat.) — welch' letztere namentlich sich zur Einreibungskur bei hereditär-syphilitischen Kindern gut eignet — in graduierte Glastuben einfüllen. Die Salbe wird aus denselben spritzenähnlich herausgedrückt und schiebt ein Stempel dabei den Inhalt nach der angebrachten Scala heraus. Auf diese Weise gelingt es, die Salbe bei ihrem Gebrauche genau zu dosieren, während der zurückbleibende Rest vor jeder Verunreinigung geschützt ist. Das Verfahren ist ein durchaus praktisches. Der Preis einer Tube (ohne Salbe) beträgt 80 Pfennige.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Der Kinder-Arzt.

Zeitschrift für Kinderheilkunde

unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte

herausgegeben

von

Dr. med. Sonnenberger in **Worms.**

Erscheint am ersten Freitag eines jeden Monats. — Vorauszubezahlender Preis für das ganze Jahr 6 Mark direkt unter Kreuzband 6 M. 50 Pf., einz. Hefte 1 Mark. — Bestellungen nimmt jede Buchhandlung und Postanstalt (Post-Zeitungs-Catalog No. 4015) sowie auch die Verlagsbuchhandlung jederzeit gern entgegen

XI. Jahrg. **Dezember 1900.** **Heft 12.**

Inhalt: Originalien: **Selter**, Bericht über die Verhandlungen der Sektionen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900 (Schluss); **Heubner**, Rückenmarkstumoren; **v. Ranke**, Behandlung des nomatösen Brandes; **Ungar**, chronische Peritonitis; **Camerer jun.**, chemische Analysen von Säuglingen; **Rey**, Contraindikation der Phimosenoperation; **Selter**, Fleischzerkleinerungsapparat; **His, Robert, Eichengrün** und **Kaiser**, Erteilung von Gutachten über neuerfundene Arzneimittel; **Biedert**, Versuchsanstalt für Ernährung; **A. Schmidt**, neuer Sauger; **Backhaus**, Forschung über Milchgewinnung; **Oppenheimer**, Beitrag zur künstlichen Säuglingsernährung; **Conrads**, Unfähigkeit der Mütter zum Stillen; **Siegert**, infantile myxödematöse Idiotie; **Seiffert**, Serum-Exanthem, 265. — Protocoll der Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte: **Rey**, Die Kinderheilkunde als Spezialität; **Selter**, Perityphlitis im Kindesalter, 272. — Referate: **Cerf**, Varicellen, 275. — **Terrien**, Tuberkulöse Peritonitis, 277. — **Freund**, Hereditär-luetische Säuglinge, 278. — **Luciani**, Conjunctivitis blennorrhoica, 279. — **Neumann**, Dilatative Herzschwäche, 280. — **Troussan**, Enterocolitis, 281. — **Klemperer**, Ozaena, 282. — **Bendix**, Ernährungsphysiologie, 283. — Gesundheitspflege: **Biedert**, Die Werbung für die Versuchsanstalt für Ernährung, 284. — Rezensionen: **Biedert**, Die Kindernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind 4. Aufl., 286. — **Jessner**, Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. 286. — Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft. 287.

Bericht über die Abteilungen für Kinderheilkunde und Schulgesundheitspflege der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Aachen vom 16.—22. September 1900.

Von Dr. **Selter**, Kinderarzt in Solingen.

(Schluss.)

In der Sitzung vom 18. September, nachmittags 3 Uhr demonstriert Heubner (Berlin) an der Hand zahlreicher Lichtbilder einen Rückenmarkstumor. Derselbe stammte von einem 6jährigen Mädchen, das ca. 5 Wochen nach einem Falle erkrankte unter Kopfschmerz, Benommenheit, Erbrechen, dann Nackenstarre und Krämpfen, Erblindung. Als es nach ca. $^1/_2$ Jahre bettlägerig wurde, kam es in H.'s Klinik. Hier wird weiter eine Sehnervenatrophie, eine totale Lähmung sämmtlicher Glieder festgestellt. Die Krämpfe beginnen mit Weinen und Schluchzen (Schmerzausdruck!?) und dann tonische Kontraktur erst der Oberextremitäten, dann des übrigen Körpers. Patellarreflex fehlt. Passive Bewegung der Gelenke schmerzhaft,

Digitized by Google

nicht die Haut. H. glaubt seine Diagnose auf chronischen Hydrocephalus stellen zu müssen, trotzdem eine Reihe obiger Erscheinungen ja für Rückenmarkserkrankung sprächen. Bei der etwa $^5/_4$ Jahr nach dem Fall stattgehabten Autopsie findet sich ein geringer Hydrocephalus, vor allem aber im Rückenmarke an 6 Stellen ein Tumor, und zwar den Hinterhörnern angehörend und dabei eine komplete Degeneration der Hinterstränge. Diese erweist sich aber nicht als Sklerose, sondern als Gliose, die Tumoren als Gliome. Das ganze Bild repräsentiert sich also als eine multiple Gliomatose der Hinterhörner mit sekundärer Gliose der Hinterstränge und konsekutivem Hydrocephalus.

Diese in wissenschaftlich-theoretischer Hinsicht hochinteressanten Ausführungen und Erörterungen hier weiter auszuführen, liegt wohl nicht im Interesse dieser Zeitschrift und deren Leser.

Hierauf trat v. Ranke (München) an der Hand dreier Fälle für die chirurgische Behandlung des nomatösen Brandes ein. Nachdem er seine Resultate über die Aetiologie dieser Erkrankung geschildert, von denen er selbst nicht befriedigt ist, teilt derselbe seine Erfahrungen über die Behandlung mit Causticis mit, und wie er durch deren ungenügende Erfolge zum Messer griff, das ihm nicht nur bessere Heilungs-, sondern auch bessere kosmetische Erfolge brachte. Für den Praktiker ist dieses Bekenntnis eines über so reiche Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügenden Mannes, wie v. R., von grosser Wichtigkeit, zumal der vom Chirurgen stets verlangte operative Eingriff nicht überall anerkannt wurde. Natürlich sind ausgedehnte Entfernung der erkrankten Teile und gute Pflege Bedingungen für den Erfolg.

Ungar (Bonn): Ueber chronische Peritonitis und peritoneale Tuberkulose führt U. aus, dass die einfache, chronische idiopathische Peritonitis im Gegensatz zu der tuberkulösen eminent selten sei, wenn sie überhaupt vorkomme. Einzelne negative Ueberimpfungen könnten nicht als Gegenbeweis dienen, ebensowenig ein vereinzeltes negatives pathologisch-anatomisches Resultat. Ueberhaupt könne der Patholog nicht unbedingt massgebend sein, da ein grosser Teil tuberkulöser Peritonitis abheile. — Die Diagnose sei schwierig, oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. Der Verlauf ist schleichend, geringe Allgemeinerscheinungen, wie Anämie, Abmagerung, Appetitlosigkeit, unregelmässige Stühle und unregelmässiges Fieber sind die nicht konstanten allgemeinen Anzeichen. Lokal findet sich der Leibesumfang nicht immer nachweisbar vergrössert, die Hautvenen erweitert. Auch sind selbst in Narkose Unebenheiten nicht stets zu palpieren. Das Exsudat, dessen Grösse wechselt, ist nachweisbar, wenn auch unter Schwierigkeiten, oft und nach längerer Lagerung auf die Seite, Knieellenbogenlage, Stehen.

Die Prognose bezeichnet U. als günstiger, als bisher angenommen. Therapeutisch komme Diät, Ruhe, Luftkur, Schmierseifeneinreibung, Syr. ferri jodati in Betracht und nur in hierbei nicht heilenden Fällen die Laparotomie, deren Erfolge nicht schlecht. — In der Diskussion wandte sich namentlich Siegert gegen die Auffassung, dass die einfache seröse Peritonitis nicht vorkomme und verweist auf

Digitized by Google

die in der Litteratur veröffentlichten Fälle ohne Tuberkelbacillen. Wenn es eine chronische seröse nicht tuberkulöse Pleuritis gäbe, sähe er nicht ein, warum eine gleiche Erkrankung nicht auf anderen serösen Händen statthaben sollte. Hochsinger führt hierzu die nach Influenza beobachteten Fälle an. Er warnt auch vor der chirurgischen Encheirese.

Für den Praktiker wäre aus dieser Verhandlung der Schluss zu ziehen, dass solange eine anderweitige Annahme nicht gestützt ist, die tuberkulöse Form bei Erscheinungen der Peritonitis die weitaus häufigste, dass die Diagnose im Beginn sehr schwierig, die Prognose nicht schlecht.

Camerer jun. (Stuttgart) teilte einige (4) chemische Analysen von Säuglingen mit. Er kommt auf Grund seiner mühsamen Arbeit zu dem Schlusse, dass die chemische Zusammensetzung aller Kinder (fette, wie magere) prozentualiter die gleiche sei.

Rey (Aachen) lässt sich über die für den Praktiker wichtige Frage, einer Kontraindikation der Phimosenoperation, die Cystitis mucosa der Säuglinge, aus. Zunächst weist R. auf die von Bokay festgestellte Thatsache hin, dass ein gewisser, heutzutage als krankhaft angesprochener Grad von Phimose physiologisch sei, im Laufe der Zeit (meist in 2—3 Jahren) dem bei Erwachsenen normalen Zustande Platz mache. Eine hierbei eintretende Urinretention beruhe nicht auf der Phimose, sondern meist auf einer Cystitis mucosa (charakterisiert durch Retentio urinae, Eczem der Nates und Innenseite der Oberschenkel, alkal. Harn mit Schleimsediment, Eiterkörperchen und Blasenepithelien). Diese sei wiederum eine Kontraindikation für die Operation der Vorhautverengerung, der physiologischen wie pathologischen. Die Blosslegung der Glans könne, wie R. durch Beispiele belegt, eine aufsteigende Erkrankung der Harnwege zur Folge haben.

R. will demnach die Phimosenoperation auf die hochgradigen Verengerungen gleich nach der Geburt beschränkt wissen, sonst erst nach dem 8. Lebensjahre, wenn dann der Zustand nicht normal sei, operieren.

(Wenn man im allgemeinen R. in der Verurteilung der jetzt so häufigen Eilfertigkeit bei der Phimosenoperation zustimmen muss, so glaube ich, dürfte R. mir zustimmen, dass auch vor dem 8. Lebensjahre die Bildung von Präputialsteinen, die nicht schwindende epitheliale Verklebung u. s. w. eine Indikation zur Operation abgeben) (Anm. des Ref.)

Selter (Solingen) demonstrierte einen Fleischzerkleinerungsapparat, der ihm bei der Ernährung schlecht kauender Kinder (2. bis 3. Lebensjahr, Zahnwechsel) gute Dienste geleistet. Derselbe ist einfach konstruiert, gut zu reinigen und zerkleinert sehr fein, sowie befreit von Sehnen etc. (Fabrikant: H. Schulder, Solingen, Preis 14 Mark).

In der am Donnerstag, den 20. Sept. Vormittags stattgehabten gemeinsamen Sitzung mit der Sektion für innere Medizin und Pharmakologie wurde über die Erteilung von ärztlichen Gutachten über neu erfundene Arzneimittel, von W. His jun. (Leipzig),

Digitized by Google

R. Kobert (Rostock,) dem Chemiker A. Eichengrün (Elberfeld) und dem Landrichter Th. Kaiser (Aachen) referiert, ein Thema, das zwar kein pädiatrisches, aber für jeden Praktiker zu unseren Zeitläuften, wo eine wahre Hochfluth von Kindernährmitteln und Kinderarzneimitteln tagaus tagein angepriesen wird, von grosser Bedeutung ist, so dass ich glaube, auch in dieser Zeitschrift einiges mitteilen zu müssen.

Von His sowohl wie Kobert wurde der Unfug des Ausstellens von Attesten nach verschiedenen Richtungen gegeisselt. Ein Mittel genau zu prüfen, seien die meisten nicht im Stande; deshalb verlangt er die Aufsicht der Standesvereine und der Universitäten über ihre Mitglieder in dieser Hinsicht. (Erteilung und Veröffentlichung von Gutachten). Kobert befürwortet, nachdem er auf die Unzulänglichkeit der Pharmakopoekommission hingewiesen, die bestehenden pharmakologischen Universitätsinstitute aber, weil zu Lehrzwecken vorhanden, nicht als zur Prüfung von neuen Mitteln geeignet bezeichnet hatte, die Einrichtung eines staatlichen Arzneimittelprüfungsinstituts, und bis ein solches eingerichtet sei, ein Centralkomitee aus der Mitte der Naturforscherversammlung, damit dem praktischen Arzte die Möglichkeit gegeben werde, die brauchbaren neuen Mittel schnellstens kennen zu lernen, und nicht auf eigene Faust suchen zu müssen. Treffend wurde von beiden Referenten auch die Beteiligung ärztlicher Zeitschriften an dem Reklameunfug gekennzeichnet, weniger durch Aufnahme von Annoncen, als durch die Erlaubniserteilung zum Separat-Abdrucke von Aufsätzen, die nunmehr zur Verteilung gelangten, auch an Laien.

Der Chemiker der Elberfelder Farbenfabriken A. Eichengrün wies vor allem auf den ärztlichen Optimismus gegenüber neuen Mitteln hin, den eine grosse Anzahl minderwertiger Fabriken auszunützen verstehe namentlich zur Begutachtung sogenannter Mixta composita mit schönen Namen. Die ernsthafte Industrie prüfe ihre Mittel sorgfältig, ihre Reklame bewege sich in anständigen Grenzen. Für sie sei aber auch eine Casuistik recht wertvoll. Er verlangt deshalb Vorsicht in der Ausstellung von Attesten, die nur über vorher physiologisch geprüfte Mittel ausgestellt werden sollten, nicht aber eine Einschränkung der Gutachten.

Landrichter Kaiser endlich beleuchtete die rechtliche Seite dieser Frage. Er kommt in seinen Ausführungen dazu, dass ein Gutachten als geistiges Eigentum anzusehen sei. Gegen die Benutzung dieses sei der Gutachter geschützt:

1) wenn das Gutachten in Form eines Vortrages oder einer Veröffentlichung in einer Zeitschrift erscheine;

2) bei einem an einen Fabrikanten gerichteten Gutachten, wenn der Aussteller sich nicht ausdrücklich oder stillschweigend mit der Benutzung einverstanden erklärt habe;

3) bei Verstümmlung des Gutachtens.

Der Empfänger des Gutachtens oder einer Erfindung (Käufer) ist unbeschränkt, wenn nicht an den Kauf Bedingungen geknüpft sind, oder das Gutachten zum Nachteil des Erfinders ausgenützt wird.

Zum Schlusse wurden nachfolgende Thesen ohne Widerspruch angenommen:

Digitized by Google

A. Die Regelung der Beziehungen zwischen Industrie, pharmakologischen Instituten und ärztlichen Gutachten durch ein zu gründendes Centralinstitut ist wünschenswert.

B.

1) Abgabe ärztlicher Atteste und Gutachten direkt an Industrielle darf nur zu deren persönlicher Information, niemals aber mit dem Rechte der Publikation erfolgen.

2) Die Empfehlung neuer Heil- und Nährpräparate durch Aerzte in der Laienpresse ist unzulässig.

3) Bei der Begutachtung neuer Mittel ist grössere Zurückhaltung dringend zu wünschen. Die Veröffentlichung derselben ist ausschliesslich in der medizinischen Fachpresse zulässig.

4) Die Veröffentlichungen in der medizinischen Presse sind, soweit möglich, gegen Nachdruck zu Reklamezwecken zu schützen.

5) Die Forderung und Annahme von Honorar für Begutachtung neuer Mittel ist unzulässig.

6) Aerzte, deren Erfindungen industriell ausgebeutet werden, sind für die Reklame verantwortlich.

Biedert (Hagenau) teilt über die Thätigkeit des in München bestimmten Ausschusses für eine Versuchsanstalt für Ernährung mit, dass der Ausschuss in Agitation getreten sei, dass ihm zahlreiche Zustimmungen aus allen Kreisen zugegangen, dass aber auch das letzte Jahr wieder die Abweichungen in den Meinungen über die Ernährung des Menschen speziell des Kindes in zum Teil gefährlicher Weise gezeigt habe. B. legte sodann einen Entwurf für eine solche Nährmittelprüfungsanstalt vor, (im Drucke erschienen in der deutschen Praxis 1900, Nr. 17). In dieser Anstalt sollten Säuglinge, Kinder und Erwachsene, Gesunde und Kranke Aufnahme finden. Es werden in ihr geprüft die Produktion, der Vertrieb, die Zusammensetzung, der Nährwert, die Ausnutzung u. s. w. aller Nährmittel von der Muttermilch an, soweit dieselben nicht notorisch minderwertig sind. Und zwar soll die Prüfung nicht bei dem gesunden Menschen allein, sondern auch bei den verschiedenen Verdauungs- und Stoffwechselstörungen stattfinden. Die Anstalt will nicht etwa die klinischen, physiologischen und sonstigen wissenschaftlichen Institute unnötig oder entbehrlich machen, sie will deren Resultate nachprüfen, die sich immer mehr häufenden und so zur Verwirrung führenden Gegensätze ausgleichen. Es würde zu weit führen, dieser Werbung B.'s bis ins einzelne zu folgen, bei den Lesern dieser Zuschrift, den Praktikern, die täglich mit neuen Nährpräparaten überlaufen werden, denen jede Post eine neue Empfehlung dieser oder jener Nährmethode bringt, die in jeder neuen Nummer einer Fachzeitung wieder eine andere Diät empfohlen sehen, wird der Ruf. B.'s zur Unterstützung einer solchen Anstalt nicht ungehört verhallen (Prof. Biedert, Hagenau i. E., Dr. Meinert, Dresden, Sidonienstr. 28 sind zu jeder Mitteilung bereit), wenn ja auch wie in der Diskussion zu B.'s Vortrag geäussert wurde, in einzelnen Kleinigkeiten der Entwurf einer Abänderung bedürfe.

(Ausführlicheres über dieses für die Kinderheilkunde so wichtige Project ist aus dem in heutiger Nummer abgedruckten Autoreferat unter „Gesundheitspflege" zu ersehen. Red.)

Digitized by Google

In der Schlusssitzung am 20. September Nachmittags demonstrierte A. Schmidt (Bonn) einen Sauger. Er teilt mit, dass ja anerkanntermassen die gewöhnlichen Sauger nur eine geringe Saugthätigkeit des Kindes verlangen, gewöhnlich nur Kieferdruck. Er konstruierte deshalb einen Sauger, der vorne einen Schlitz und an der Seite eine Oeffnung habe, die durch eine Schraube mehr oder weniger geöffnet werden könne und so den Luftzutritt, also die Saugtätigkeit reguliere. Der Sauger soll 2 Monate halten.

Wie Referent dem Vortragenden in der Diskussion bereits entgegnete, ist der Sauger zu kompliziert, also schwer zu reinigen. Die Lochgrösse im Stopfen reguliere genügend; ausserdem sei die Mutter zum Halten der Flasche verpflichtet, wo sie Brust nicht reichen könne.

Backhaus (Königsberg) teilt aus seinen Forschungen über Milchgewinnung zwei interessante Beiträge mit:

1) Bezüglich des Bakteriengehaltes der Milch kommt derselbe zu folgenden Schlüssen: In den Milchgängen der Kühe finden sich Bakterien, und zwar gewöhnlich 4 Arten, die wohlbekannt sind; alle übrigen in der Milch sich findenden Bakterien, namentlich die Sporentragenden, sind Verunreinigungen und lassen sich vermeiden durch sorgsame Pflege und Haltung des Vieh's, sowie vor allem durch die Sorgfalt und Einschränkung der nachher mit der Milch vorgenommenen Manipulationen (Eimer, Seihen, Transportgefässe etc.).

B. legt eine Tabelle über die Einwirkung der verschiedensten bei der Milchgewinnung in Betracht kommenden Dinge auf den Bakteriengehalt der Milch vor; z. B. steigert das Passieren von 6 Gefässen den Bakteriengehalt um das 15fache. Das Putzen der Kuh verringert denselben um das 8fache, u. s. w. Kurzum, alles, die Streu, die Stallluft oder frische Luft, die Futterarten, Wasser, Melkgeschirre, Transport etc., ist von Einfluss auf den Bakteriengehalt. Wie gross dieser ist, zeigt die Schlusszahl der B.'schen Tabelle, wonach die unter besonderen Vorsichtsmassregeln gewonnene Milch des Königsberger landwirtschaftlichen Instituts 25000 Keime pro ccm enthielt, die Königsberger Marktmilch dagegen 2000000, also das 80fache.

2) Bezüglich der chemischen Verschiedenheiten der Kuhmilch bemerkt Redner, dass die Fütterung der Tiere nicht den Einfluss habe, wie ihr vielfach zugeschrieben werde. Grünfutter hält derselbe unter Vermeidung der Giftpflanzen, auf die Sonnenberger aufmerksam gemacht hat, für vorteilhaft. Der Uebergang sogenannter Gewürze (Kümmel) oder aromatischer Stoffe (Alpenheu, Rüben) ist chemisch nicht nachgewiesen. Diese verraten sich erst einige Zeit nach dem Stehen der Milch durch Geschmack und Geruch. B. hält sie für durch Fermentation entstanden.

Diese fesselnden und wichtigen Ausführungen B.'s beweisen wieder einmal die Wichtigkeit der, wie Biedert sagt, sterilen Milchgewinnung und st. Vertriebes, sie sprechen aber auch gegen die auf komplizierte Weise, womöglich fabrikmässig hergestellten Kindermilchsorten, auch Backhausmilch, und weisen auf eine möglichst einfache und schnelle Zubereitung der Milch im Hause hin.

C. Oppenheimer (München) berichtet in seinem Beitrag zur

Digitized by Google

künstlichen Säuglingsernährung über seine Erfolge in der Ernährung mit unverdünnter pasteurisierter Kuhmilch. Er erachtet die Kuhmilch an Kalorienwert gleich der Frauenmilch. Auf Grund von etwa 50 Beobachtungen über Monate hin, und Vergleich mit den Camerer-Biedert'schen Gewichtstabellen kommt er zu dem Schluss, dass seine mit Vollmilch gefütterten Kinder besser gedeihen. Allerdings bleibe die Milch länger im Magen, weshalb grössere Pausen (3 Stunden) nötig seien. Auch die Nahrungsmengen sollen klein sein. Jedenfalls glaubt O. den Beweiss erbracht zu haben, dass die Ernährung mit Vollmilch möglich, wenn nicht besser sei.

O.'s Mitteilungen blieben in der Diskussion nicht ohne Widerspruch und dürfte eine allgemeine erfolgreiche Anwendung in der Praxis grosse Schwierigkeiten haben, zumal wegen der kleinen Nahrungsmengen.

Ueber unsere Aufgaben angesichts der weit verbreiteten Unfähigkeit der Mütter ihre Kinder zu stillen, verbreitete sich Conrads (Essen) in folg. Weise: Nachdem er zunächst die Reklame vieler Nährmittelfabrikanten gegeisselt, aber auch die Bemühungen uneigennütziger Chemiker, eine künstliche Muttermilch oder ein gleichwertiges Präparat herzustellen, als aussichtslos hingestellt hatte, eben weil die Muttermilch kein chemisches, sondern ein biologisches Produkt sei, geht er auf die Mittel ein, die die Unfähigkeit zum Stillen zu bekämpfen im Stande sind.

Dieser Kampf beginne schon in früher Jugend. Der Beginn der Schulpflicht solle hinausgeschoben werden. Prüfung auf Schultauglichkeit, Turnunterricht, Ferienspiele, Ferienkolonien sollten die weibliche Jugend kräftigen. Für Kräftigung von Ladenmädchen und Fabrikarbeiterinnen müsse gesorgt werden. Gesundheitsschädliche Kleidung, namentlich das brustfeindliche Korsett werde beseitigt. Belehrung über die Wichtigkeit der Brustnahrung müsse in Schulen, Standesämtern, Kirchen, durch Hebammen, Aerzte u. s. w. erfolgen. Prämien auf Selbststillen der Kinder sollten ausgesetzt werden. Und während der Gravidität Vorbereitung der Mammae durch Waschungen und Warzenringe etc.

Noch sei es Zeit, der zunehmenden Degeneration des Volkes entgegenzuarbeiten. Erst wenn das Nähren durch die Mutter wirklich unmöglich, werde künstliche Nahrung gereicht, dann aber gute, reine Kuhmilch, kein gekünsteltes Präparat.

Die Leser dieser Zeitschrift, die ja alle im praktischen Leben stehen, werden diesem Weckruf voll zustimmen und vielleicht zu neuem Mahnen und neuer Thätigkeit auf diesem Gebiete wieder einmal ermuntert werden.

Siegert (Strassburg) will die Aufmerksamkeit auf die infantile myxödematöse Idiotie lenken, zumal diese, wenn richtig erkannt, der Therapie zugänglich ist. Die infantile Myxidiotie kann angeboren und erworben sein. Sie charakterisiert sich durch Fehlen der Schilddrüse und damit verbunden ein Aufhören der körperlichen und geistigen Entwicklung (Zwergwuchs), und zwar bleibt das Kind auf dem Standpunkt, auf dem die Erkrankung einsetzte; die geistigen Fähigkeiten gehen noch zurück. Es würde sich dann finden je nach

Digitized by Google

dem Alter in dem die Erkrankung eintrat: Offenbleiben der Fontanelle, Ausbleiben der ersten oder zweiten Zahnung, Stehenbleiben der Körpergrösse, des Wachstums der Knochen, Muskeln etc., Ballonbauch, Nabelhernie. Nicht zu verwechseln ist das Aufhören des Knochenwachstums mit dem rachitischen Zwergwuchs. Bei diesem ist eine Knorpelhyperplasie mit verfrühter Verknöcherung der Epiphysen die Ursache, während bei der vorliegenden Erkrankung ein Aufhören des Knorpelwachstums, eine Chondrodystrophie, ist vorhanden. Die Therapie ist anhaltende Schilddrüsenfütterung mit der S. schöne Resultate erzielte, wie vorgelegte Photogramme belegten. Es ist an der Zeit, schloss S. seine interessanten Ausführungen, unsere Idiotenhäuser auf ihren Bestand zu revidieren, vielleicht ist hier mancher, dem körperliche und geistige Entwicklung doch noch blühen. Wir können dem nur zustimmen mit der Ergänzung, dass jeder von uns sein Klientel in gleicher Hinsicht nachprüfe.

Seiffert (Leipzig) zeigt eine Anzahl Photographien mikroskopischer Präparate, sogenannte Serumexantheme. Darnach sind dieselben durch Thrombosierung von Capillaren enstanden. In diesen Thromben und auch der Umgebung des Gefässes finden sich Blutkörperchen mit kleinen, plasmodienartigen Gebilden im Inneren, auch finden sich solche in der Umgebung des Gefässes, und auch im Blutpräparate an Serumexanthem erkrankter Kinder. Nun kennen die Tierärzte beim Pferde eine ähnlich dem Serumexanthem verlaufende Krankheit, das Petechialfieber, dessen Ursache allerdings nicht bekannt. S. vermutet einen Zusammhang des Exanthems mit dieser Pferdekrankheit vermittelst des injicierten Serums.

Nach diesem mit deutlichen Bildern belegten in anregender Weise zu weiteren Beiträgen bezüglich dieser Frage auffordernden Vortrage schloss Feer (Basel) die diesjährige Tagung mit dem Wunsche zu reger Arbeit und frohem Wiedersehen im nächsten Jahre in Hamburg.

Vereinigung niederrheinisch-westphälischer Kinderärzte.

Am 1. April 1900 fand zu Düsseldorf die Gründung einer „Vereinigung Niederrheinisch-Westphälischer Kinderärzte“ statt. Zweck der Vereinigung ist gegenseitige wissenschaftliche Anregung auf dem Gebiete der Kinderheilkunde und Förderung der speziellen Interessen dieses Faches. Die Vereinigung hält vierteljährliche Versammlungen ab, welche Sonntag nachmittags in der Regel in Düsseldorf stattfinden. Den Mitgliedern ist der Beitritt zur Gesellschaft

Digitized by Google

für Kinderheilkunde dringend empfohlen, sodass die Vereinigung keinerlei Gegensatz zu dieser bilden, sondern im Gegenteil nur die Möglichkeit bieten soll, neben der häufigeren Zusammenkunft mit Fachgenossen den mehr lokalen Bedürfnissen unserer Sache Rechenschaft zu tragen. (Als Organ für die Veröffentlichungen der Protokolle der Vereinigung wurde die Zeitschrift der „Kinder-Arzt" bestimmt. Red.) Auf der ersten Versammlung hielt Dr. J. G. Rey (Aachen) einen Vortrag über das Thema: „Warum ist die Kinderheilkunde nicht nur eine berechtigte, sondern dringend notwendige Spezialität"? Seine Ausführungen beschäftigten sich zunächst mit der im Volke fast allgemein noch vorhandenen geringeren Wertschätzung des kindlichen Lebens gegenüber dem des Erwachsenen. In Folge dessen liege dem Kinderarzte gewiss keine leichtere Arbeit ob als dem praktischen Arzte; aber vielfach glaube das Publikum, er sei nur zu noch kleineren Honorarsätzen berechtigt als jener. Neben den Opfern und Unannehmlichkeiten der Praxis eines jeden gewissenhaften Arztes habe der Kinderarzt noch den Kampf mit dieser Gleichgültigkeit gegen das kindliche Leben zu kämpfen, ganz abgesehen von den Schwierigkeiten des Umganges mit Kindern und vor allem den erhöhten Anforderungen einer minutiösesten und mannigfach erschwerten Diagnostik. Nur besondere Lust und Liebe zum Fache und Liebe zu Kindern, sowie besondere Charaktereigenschaften, Ruhe und endlose Geduld nach längerer, eifriger, spezieller Ausbildung berechtige zur Hoffnung auf dauernden Erfolg. In diesen Dingen sei auch der Grund zu finden, weshalb bis jetzt so wenig Aerzte sich diesem Fache speziell gewidmet hätten, abschon die Kinderheilkunde in Lehrbüchern und Zeitschriften früher als die meisten übrigen Spezialitäten gesondert behandelt worden sei. Schuld daran trage auch die durchaus mangelhafte Gelegenheit sich in der Kinderheilkunde genügend auszubilden, weil die Universitäten nur ausnahmsweise Gewicht auf dieses Fach legten, welches eigentlich jedem Arzte mindestens ebenso geläufig sein sollte, wie etwa Augenheilkunde, Psychiatrie etc. In Wirklichkeit habe daher mehr als die Hälfte der jetzt praktizierenden Aerzte nie ein Colleg über Kinderheilkunde gehört; entweder weil keine Gelegenheit dazu geboten wurde, oder weil die Zeit der Examensarbeit schon zu knapp bemessen war, als dass für Fächer, in denen nicht geprüft wird, Zeit übrig geblieben wären. Daher steht das Interesse, welches die in der Praxis stehenden Aerzte der Kinderheilkunde entgegenbringen, vielfach in ganz eigentümlichen Gegensatze zu den gewaltigen Fortschritten, die dieses Fach besonders in den letzten 10 Jahren gemacht hat; daher auch die geringe Meinung des Publikums von der Fähigkeit der Aerzte Kinderkrankheiten zu behandeln. Auch heute noch gelten die alten Frauen für die erfahrensten Kinderärzte, ein wahrhaft beschämender Zustand. Dem Kinderarzte steht hier ein ausgedehntes Gebiet der Thätigkeit offen, bieten doch die Kinderkrankheiten dem damit vertrauten Arzte eine viel mehr Erfolg versprechende Thätigkeit als die Behandlung Erwachsener. In demselben Gegensatze stehen mancherorts die auf das Kind bezüglichen hygienischen Einrichtungen, in der Familie sowohl wie in der Oeffentlichkeit. Auf-

Digitized by Google

gabe des Kinderarztes ist es, hier aufklärend und wenn möglich verbessernd zu wirken. Die Ausführungen gipfeln in den Sätzen: „Die Kinderheilkunde ist ein durchaus berechtigtes, ja notwendiges Spezialfach, zunächst, weil dieselbe an Können und Wissen sowie an Literatur einen derartigen Umfang angenommen hat, dass der ärztliche Praktiker nicht im Stande ist, die errungenen Erfolge rechtzeitig und ausgiebig der Allgemeinheit zu nutze zu machen, sodann weil die Ausübung der Kinderheilkunde vom Arzte sowohl in wissenschaftlicher und praktischer als in rein menschlicher Beziehung ganz besondere Fähigkeiten verlangt."

Auf der zweiten Versammlung am 27. Mai 1900 sprach Dr. Selter (Solingen) über die Perityphlitis der Kinder. Auf Grund der hauptsächlichsten Perityphlitisbearbeitungen sowie eigener Beobachtungen in vivo und post mortem kommt derselbe zu folgenden Ausführungen:

1) Die Erkrankungen des Appendix, soweit sie sich auf dieses Organ beschränken (Appendicitis catarrh. oder Coliappendicitis) sind als Teilerscheinung einer Verdauungsstörung im Kindesalter, selbst im Säuglingsalter sehr häufig.

2) Auch die Periappendicitis ist namentlich im späteren Kindesalter öfter als bisher angenommen, wird aber häufig verkannt, weil die Symptome beim Kinde weniger prägnant und nicht konstant sind. Als konstantestes Zeichen muss die vom Rectum palpable Resistenz der Typhlongegend gelten. Die Palpation ist zugleich ein Hauptregressiv für unser therapeutisches Verfahren.

3) Die Periappendicitiden des Kindesalters treten häufiger als diffuse Form auf (allgemeine Peritonitis) als beim Erwachsenen. Die circumscripten Peritonitiden kommen etwa in der Hälfte der Fälle spontan zur Heilung, die übrigen gehen mit Abscessbildung einher. Der Abscess liegt entweder direkt im kleinen Becken, oder er senkt sich in der Mehrzahl der Fälle in dieses hinein, um an der linken Beckenseite wieder in die Höhe zu steigen (Palpation von Rectum aus).

4) Jeder Perityphlitisfall ist selbst bei schwereren Symptomen wenigstens ein bis zwei Tage exspectativ zu behandeln. Ist bis dahin kein Rückgang der Erscheinungen, speziell ergiebt die Palpation per anum keine Abnahme des Exsudats, so muss operiert werden. Desgleichen sollen öfters rezidivierende Perityphlitiden im freien Intervall operiert werden.

Zur Diskussion sprach Krautwig (Cöln): Er bezweifelt die Häufigkeit der Appendicitis bei Kindern unter einem Jahr. Koliken sind in diesem Alter wohl häufig, eine Druckempfindlichkeit der Inguinalgegend ist in diesem Alter beinahe unmöglich festzustellen. Sektionsergebnisse haben trotz der Häufigkeit der Darmkatarrhe in diesem Alter ein besonders häufiges und intensiveres Befallenwerden des Appendix selbst nicht ergeben.

Bloch (Cöln) spricht sich ebenfalls gegen das häufige Vorkommen der Appendicitis im Säuglingsalter aus. Aetiologisch ist auffallend, dass nach monatlichen Pausen auf einmal zugleich viele Appendicitisfälle zur Beobachtung kommen. Dies würde für Infektion

Digitized by Google

(etwa von den Tonsillen) sprechen. Schüle habe auf den Temperaturunterschied zwischen Axillar- und Mastdarmtemperatur bei Appendicitis aufmerksam gemacht. B. spricht sich für Operation aus nach Ablauf der ersten Erscheinungen bei nochmaligem Temperaturanstieg; sonst für interne Behandlung, wobei vielfach Resorption selbst von grossen Eitermengen erfolgt.

Selter: Zur Diagnose Appendicitis simplex genügt Anwesenheit einer Verdauungsstörung, der Schmerzanfall und der Druckschmerz; anatomisch: die Rötung und Schwellung, etwas Schleim; mikroskopisch: kleinzellige Infiltration, Epithelveränderung. Im Gegensatze zu Sonnenburg möchte S. den Ausdruck Appendicitis gleichwie Bronchitis lediglich auf die Schleimhauterkrankung angewandt wissen. Einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Angina des Rachens und der Appendicitis hat er nie beobachtet. Als Massstab für die Schwere der Erkrankung und für den chirurgischen Eingriff kann die Temperatur nicht gelten. Gerade schwere Formen verlaufen fieberfrei oder mit geringen Spitzen in der Curve. Vor allen Symptomen muss dem Palpationsbefund die massgebendste Stelle eingeräumt werden. Dass Fälle vorkommen, die im Beginn den Eindruck einer allgemeinen Peritonitis machen und alsbald sich lokalisieren, spreche für seine Forderung, erst ein bis zwei Tage exspectativ zu verfahren.

Dr. Rey-Aachen.

Referate.

Lea rash varicelliques. Von L. Cerf. (La Presse médicale 1900 83.)

Verf. hat 45 Beobachtungen von wirklichem Varicellenerythem gesammelt. Sie verteilen sich über den Zeitraum von 40 Jahren; 11 davon stammen aus den letzten beiden Jahren. Sie scheinen sich neuerdings zu häufen. Das Alter und das Geschlecht ist in der Aetiologie des diffusen Varicellenerythems von keiner Bedeutung. Am häufigsten erscheint es präeruptiv, indess ist es auch zu jeder Zeit im Verlauf der Krankheit beobachtet, gleichzeitig mit der Varicelleneruption und posteruptiv. Manchmal tritt das Erythem auf, ohne dass irgend ein besonderes Symptom es begleitet oder vorhergeht. In seltenen Fällen besteht Fieber während des Erythems. Am häufigsten erscheint es während einer febrilen Reaction. Das Fieber kann recht hoch sein (39,2—41,6°). Man hat ferner beobachtet: Anorexie, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, lebhaftes Durstgefühl, belegte Zunge, Kopfschmerzen, Schwindel, Glieder- und Rückenschmerzen, Angina.

Digitized by Google

Das Erythem war unter den 45 Beobachtungen 1 mal masernähnlich, 2 mal purpuraähnlich (bei hämorrhagischen Varicellen), 2 mal unbestimmt oder polymorph und 40 mal scarlatiniform. Letzteres ist das eigentlich typische Erythem. Es bevorzugt keine Körpergegend besonders. Selten betrifft es den ganzen Körper. Es bildet breite Flecken von variabler Grösse, welche ohne bestimmte Anordnung auf der Hautoberfläche sich verteilen und mehr minder beträchtliche gesunde Hautpartien zwischen sich lassen. Die Färbung wechselt von blassrosa bis weinrot, ist im Allgemeinen einförmig lebhaft rot, manchmal in der Mitte leicht violett punktiert. Der Rand ist meist scharf abgegrenzt, geht auch manchmal allmählich in die gesunde Haut über. Auf den befallenen Stellen entwickeln sich zumeist die Varicellenbläschen. Auf Druck verschwindet die Röte, kehrt aber schnell wieder. Irgendwelche Erscheinungen von Schmerz, Brennen, Jucken begleiten das Erythem nicht. Es dauert im Allgemeinen nur kurze Zeit. In 24 Stunden ist seine Entwickelung vollendet, doch werden auch 2, 5 und 6 Tage angegeben. Nach einigen Stunden hat es das Maximum erreicht, bleibt eine Zeit lang stationär und verschwindet, ohne jede Spur zu hinterlassen. Nur einmal ist eine Abschuppung beobachtet.

Die Windpocken, welche das Erythem begleiten, können ihren normalen Verlauf nehmen und regulär zur Heilung führen. Für gewöhnlich bedeutet aber das Auftreten des Erythems eine maligne Form der Varicellen oder lässt Complication befürchten, so dass eine reservierte Prognose am Platze ist. So sind beobachtet 3 Fälle von gangränösen Varicellen, einmal intensive Albuminurie und beträchtliches Oedem, einmal fiel dass Verschwinden des Erythems zusammen mit dem Auftreten eine Lymphadenitis unter dem Kieferwinkel, welche eine Incision erforderte. Purpuraartiges Erythem deutet auf hämorrhagithische Varicellen.

Das morbilliforme Erythem könnte mit Pityriasis, syphilitischer Roseola, Typhusroseola und Masern verwechselt werden. Indess bieten diese derartige begleitende oder nachfolgende Erscheinungen, dass eine Unterscheidung nicht allzuschwer ist.

Was das scarlatiniforme Erythem angeht, so können bei präeruptivem Auftreten mehr oder weniger leicht differentielldiagnostisch geschieden werden: Erytheme nach Resorption toxischer Substanzen (andere Intoxikationserscheinungen), Lymphangitis (Nachweis der Eingangspforte), Erysipel (Fieber, Erbrechen, Allgemeinsymptome), polymorphes Exanthem und exfoliative Dermatosen. Schwieriger gestaltet sich die Diagnose gegenüber Scharlach. Aber wenn auch das eine oder andere Symptom vorhanden wäre, pathognomonisch ist die Erscheinung, welche ein linearer Nageldruck hervorruft: bei Scharlach ein länger bestehender weisser Strich mit einem roten in der Mitte. Ferner aber ist durchaus charakteristisch die Lokalisation. Der Probe mittelst Nageldruck würde auch entscheidend sein in der Frage, ob es bei einer Varicelleneruption mit gleichzeitigem scarlatiniformem Exanthem um Windpocken und Scharlach oder Windpocken mit scharlachähnlichem Erythem sich handelt. Nach dem Verschwinden des Erythems würde der entscheidende Punkt das Bestehen oder Nichtbestehen einer Abschuppung sein. **v. Boltenstern-Bremen.**

Digitized by Google

Peritonite tuberculeuse chronique de l'enfance. Von E. Terrien.
(La Presse médicale 1900, 71.)

An Stelle der bisherigen Einteilung in eine fibröse und eine ulceröse Form, welche auf den Zustand des Tuberkels basiert ist, will Verf. eine klinische Einteilung setzen. Die Krankheit bietet nicht verschiedene Formen, sondern nur verschiedene Stadien, welche sie nach einander durchläuft; die verschiedenen Grade sind die Periode der irritativen Exsudation, die Phase des freien Ascites, die Periode der membranösen Neubildung, die Phase der Encistierung des Ascites, die Periode der Verklebung der Eingeweide durch die tuberculösen Produkte, dementsprechend der fibrocaseösen Phase. Jede Periode kann mehr oder weniger lang und sogar unbegrenzt andauern. Die Krankheit scheint aufgehalten, immobilisiert zu werden, sogar in Heilung überzugehen. Dies ist in jedem Stadium möglich. In anderen Fällen treten in schnellem Verlauf plötzlich vorgerücktere Phasen ein. Auch in der letzten Form handelt es sich lediglich um eine gewöhnliche Entwickelung des Leidens. Nur der Beginn ging unbemerkt vorüber in Folge der geringen Intensität der reactiven Phänomene und des schnellen Vorübergehens der ersten beiden Phasen. Einer jeden Phase entsprechen besondere diagnostische Schwierigkeiten, verschiedene Prognose und eigentümliche therapeutische Indikationen.

Für die Differentialdiagnose der ersten Phase kommen bei Kindern nur in Betracht die Leber, das Bauchfell und ein Abdominaltumor (z. B. Nierenformen). Der letzte Punkt ist durch die Palpation alsbald auszuschliessen. Was die Leber anbetrifft, so sind Cirrhosen allerdings nicht selten, indess meist im Gefolge von Herzaffektionen, insbesondere von Pericarditis. Steht einmal die Diagnose Peritonitis fest, kann über die Natur kein Zweifel herrschen. Bei Kindern ist sie stets tuberculösen Ursprunges. Eine essentielle Bauchfellentzündung erkennt Verf. nicht an. Die geheilten Fälle von Bauchfellentzündung waren auch tuberculös. Von allen Erscheinungen der Tuberculose ist die chronische Peritonitis am leichtesten heilbar: Die Diagnose ist also relativ leicht. Sie ist noch leichter in den beiden folgenden Phasen. Wenn ein abgekapselter Ascites vorliegt und um retentio urinae es sich nicht handelt., kommen nur 2 Affectionen in Frage: tuberculöse Peritonitis und in einem gewissen Alter des Patienten Ovarialcyste. Die Unterscheidung ist manchmal nicht leicht. Je jünger das Kind ist, desto weniger hat man Veranlassung an das letztere Leiden zu denken. Dagegen ist die erstere ungemein häufig im Kindesalter. Im dritten Kindesalter ist an die Möglichkeit einer partiellen Peritonitis, Perityphlitis oder eines Abdominaltumors zu denken. Mehrfache indurierte Stellen, die relative Seltenheit der letzteren bei Kindern sind zwei in Rechnung zu ziehende Faktoren, welche fast immer einen Irrtum ausschliessen. — Was die Prognose betrifft, so wird sie um so trüber, je weiter die Peritonitis vorgeschritten ist. Die Heilung ist am leichtesten im ersten Stadium.

Nach den neuesten Beobachtungen muss man zu der Ueberzeugung kommen, dass die Peritonitis im Kindesalter sehr oft heilbar ist. Heilungen erfolgen durch innere Mittel, durch chirugische Inter-

Digitized by Google

verlaufen und auch spontan. Die therapeutischen Maßnahmen sind die gleichen wie in der allgemeinen Tuberkulosetherapie: hygienische Verhältnisse, Ruhe, frische Luft, Ueberernährung, soweit sie vom Magendarmkanal vertragen wird. Verbindung der lokalen Behandlung mit einer Gelbbestrahlung zur Erfüllung dreier Indikationen: Schmerzlinderung, Immobilisierung des Abdomens, leichte Kompression. Zögert die Heilung, kommt chirurgische Intervention in Frage. Von ihr hat man gute Resultate in den ersten und zweiten Stadien zu erwarten, namentlich initiale im Beginn; weniger anwendbar ist die Laparotomie im dritten Grade. Die meisten derartig behandelten Kranken sterben. Hier ist die chirurgische Intervention oft gefährlich und unwirksam. Man thut also gut, wenn im ersten oder zweiten Stadium nicht bald ein Stillstand eintritt, zur Operation zu schreiten.

v. Boltenstern-Bremen.

Die Sterblichkeit der hereditär luetischen Säuglinge. Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau. Von Walter Freund. (Jahrb. f. Kinderheilk., 52. Bd.)

Es sind Untersuchungen angestellt, ob hereditär-syphilitische Säuglinge, wenn sie einmal lebend zur Welt gekommen sind, geringere Aussichten haben, am Leben erhalten zu werden, als nicht syphilitische unter sonst gleichen Umständen. Fast allen Autoren gilt der Grundsatz als feststehend, dass die hereditäre Lues eine Dyskrasie bedeutet, welche die Lebensaussichten der damit behafteten Säuglinge erheblich einschränkt. Alle betonen aber gleichzeitig, dass von ausschlaggebender Bedeutung für die Erhaltung dieser Kinder die Ernährungsfrage ist: Kann man ihnen Brustnahrung bieten, so ist die Prognose nicht schlecht; bei künstlicher Ernährung ist sie geradezu trostlos. Aber dasselbe trifft ja auch für luesfreie Kinder zu, wenn es sich, wie das ja bei jener in einem hohen Prozentsatze der Fall ist, um frühgeborne oder schwache ausgetragene, noch dazu uneheliche Proletarierkinder handelt. Auch hier haben wir eine erschreckend hohe Mortalitätsziffer. Sehr instruktiv nach dieser Richtung hin ist eine Statistik Werners, die Vergleiche zwischen luetischen und nichtluetischen Kindern gleicher Provenienz ermöglicht. Von letzteren starben 57 Proz., von ersteren 78 Prozent. Diese Ziffer sinkt auf 72 Prozent, wenn man die Frühgeborenen ausschaltet, noch niedriger würde sie werden, wenn man die Schwerstgeborenen ausschaltet, so dass also nur ein geringer Teil der Lues zuzuschreiben wäre.

Seine Beobachtungen machte F. an 63 durch das ganze Säuglingsalter hindurch kontrollierten Kindern. Sie entstammten fast durchweg der ärmsten Bevölkerungsklasse, waren grossenteils unehelich geboren, daher bei Pflegerinnen untergebracht, hatten entweder gar nicht oder nur kurze Zeit an der Brust gelegen; fast die Hälfte war, wie bei solchen Anamnesen nicht verwunderlich, atrophisch. 27 Kinder wurden von Geburt an künstlich ernährt, 10 schon nach 1—2 Monaten, ebensoviel nach 3—4 Monaten; nur 16 erhielten Brustnahrung. 21 dieser Kinder überlebten das Säuglingsalter, also ein recht beträchtlicher Prozentsatz bei einem Material, das ausser

Digitized by Google

seiner Heredosyphilis auch fast alle ungünstigen Umstände darbot, die das Säuglingsalter zu bedrohen pflegen. Es ist nicht wahrscheinlich, dass eine gleich grosse Gruppe luetischer Säuglinge in so ungünstiger Situation eine wesentlich geringere Sterblichkeitsziffer aufweisen würde, und es ist deshalb der Zweifel berechtigt, ob denn der Lues die ausschlaggebende Stellung für die Prognose gebührt, wie sie ihr fast allgemein zuerkannt wird. Für die Erklärung der Todesursache luetischer Kinder müssen vielfach die sogenannten parasyphilitischen Erscheinungen herhalten. Mit diesem Begriff wird viel Missbrauch getrieben. Erstens wird hierher die Atrophie gerechnet, doch trifft man diese nicht allzuhäufig und dann kann sie recht wohl lediglich eine Folge der chronischen Ernährungsstörung sein. Ferner die Atrophie. F. kann diese selbst bei seinen durchweg künstlich genährten Säuglingen nicht als die Regel bestätigen. Auch die der Syphilis zugeschriebenen eklamptischen Zustände kommen nach neueren Forschungen dieser nicht zu. Die Affektionen von inneren Organen, wie Leber, Lunge, Niere, sind ebenfalls nicht immer Folgen der Lues, sondern vielfach als Komplikationen der tiefgreifenden Ernährungsstörung aufzufassen. Seine Leichenbefunde erhob F. nur makroskopisch. Ausgesprochen luetische Veränderungen der inneren Organe wurden nicht gefunden. Uebersichtliche Gewichtstabellen vervollständigen die Arbeit.

Friedmann-Beuthen, O.-S.

L' Itrolo nella terapia della congiuntivite blennorragica degli adulti e dei neonati. Von Luciani. (Annali di Ottalmologia Bd. 4, 1900).

L. führt 21 genau beobachtete in Krankengeschichten angeführte Fälle von blennorrhoischer Conjunctivitis an (20 Neugeborene, 1 Erwachsener), bei denen er mit gutem Erfolge Itrol verwendet hat.

Die angewendete Methode ist folgende:

Ich lasse warme Bäder mit 3 % Borlösung oder sterilisiertem Wasser zu öfteren Malen des Tages vornehmen behufs Aufsaugung der phlogistischen Infiltration, ferner lasse ich wiederholt am Tage den conjunctivalen Sack mit einer Lösung von Itrol 1 : 8000 sehr vorsichtig reinigen, um sämtliches Secret zu entfernen, das sich hinter den Augenlidern angesammelt hat. Ich selbst nehme dann zweimal am Tage eine Waschung vor mit Itrollösung 1 : 4000. Diese Behandlungsart verursacht keine Reaktion von Seiten des Auges und der Augenlider und keinerlei lästiges oder schmerzhaftes Gefühl. Sie trägt aber ausserordentlich dazu bei, die entzündlichen Symptome zu entfernen, sodass die Kranken schon nach einigen Tagen im stande sind, die Augen selbst zu öffnen. Die eitrige Absonderung nimmt rasch ab und in gleichem Verhältnis die Anzahl der Gonococcen, welche nach 12—25 Tagen verschwinden. Der ganze Verlauf dauert höchstens 4—5 Wochen.

L. fasst seine Erfahrungen folgendermassen zusammen:

1) Das Itrol vereinigt in sich die vorzüglichen antiseptischen und adstringierenden Eigenschaften aller bisher gebrauchten Mittel und sogar des Silbernitrats.

Digitized by Google

2) Das Itrol hat vor den anderen Mitteln den Vorzug, weder im Auge noch in der Conjunctiva Reizung zu erzeugen und noch viel weniger schmerzhafte Empfindung hervorzurufen und die Integrität der Hornhaut nicht anzugreifen.

3) Die Anwendung des Itrols ist sehr leicht selbst durch unerfahrene Hände auszuführen und die damit erzielten Wirkungen sind wenn nicht grössere, so doch jenen ganz gleich, die man mit Silbernitrat und anderen adstringierenden Antisepticis erreichen kann, nur muss man immer frische Lösungen, richtig bereitet, verwenden und dieselben vor Licht und Luft schützen.

4) Man kann Itrol vorzüglich als prophylaktisches Mittel bei Blennorrhoe der Neugeborenen verwenden.

Ueber dilatative Herzschwäche im Kindesalter. Von Arthur Neumann. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, 52. Bd. 1900).

Die idiopathische, unabhängig von organischen Erkrankungen auftretende Hypertrophie und Dilatation des Herzens beim Erwachsenen ist bekannt. Sie ist eine Folge übermässiger körperlicher oder geistiger Inanspruchnahme, oder gewisser Schwächezustände, wie Anämie, Chlorose. Dass ähnliche Anomalien auch im Kindesalter vorkommen, ist ein geläufige Thatsache, doch sind sie häufiger, als man gemeinhin annimmt. Martius fand bei 247 Insassen des Hospizes in Müriz die dilatative Herzschwäche 88 mal leicht, 7 mal stärker ausgeprägt. In den leichten Fällen ist der Herzstoss hebend und überschreitet eben noch die Mammillarlinie. Der Puls zeigt herabgesetzte Spannung und geht schon bei geringen Anstrengungen in die Höhe. In der Ruhe verhält er sich normal. Die schweren Fälle zeigen schon in der Ruhe Tachycardie und der Herzstoss ist bis in die Axillarlinie hinein fühlbar.

Bei der Beurteilung des Zustandes darf man nicht vergessen, dass der Situs, auch des normalen kindlichen Herzens, von dem das Erwachsenen erheblich abweicht, und zwar um so ausgeprägter, je jünger das Kind ist. Der Spitzenstoss liegt weiter nach aussen im V. Interkostalraum. Relative wie absolute Dämpfung geben erweiterte Grenzen. Die Pulsfrequenz ist höher. Nach Beneke weist das erste Lebensjahr und die Pubertät die stärkste Volumenzunahme auf, während in der Zwischenzeit ein langsameres Tempo besteht. Das Wachstum bedingt vorübergehende Veränderungen im Myocard, die sich in Pulsirregularitäten, auch leisen systolischen Geräuschen an der Herzspitze äussern können, ohne dass man gleich an organische Veränderungen zu denken braucht. Nach Ablauf der Pubertät pflegen diese Symptome zu schwinden.

Seine Studien über dieses Thema machte N. an 70 im Alter von 6—15 Jahren stehenden Kindern. 8 von diesen zeigten die Merkmale der dilatativen Herzschwäche, nämlich die erwähnten Anomalien des Pulses und der Dämpfung. Auffallend war ferner ein schon nach geringen körperlichen Anstrengungen auftretendes Schwächegefühl; zugleich bestand hochgradige Dyspnoe. Der Puls war weich und auffallend beschleunigt. Anamnestisch wurde schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit und Schwäche vermerkt. Die Kinder

Digitized by Google

machten meistens einen körperlich und geistig herabgestimmten Eindruck.

Geräusche wurden in keinem Falle nachgewiesen; der Herzstoss war stets kräftig, hebend und weit ausgebreitet. Sämtliche Kinder waren hochgradig anämisch, einige hatten schwere Erkrankungen durchgemacht.

Die einzelnen Fälle sind durch Krankengeschichten skizziert und die verschiedenen Gruppen durch sphygmographische Curven veranschaulicht.

Friedmann-Beuthen, O.-S.

Etude clinique de l' entero-colite muco-membraneuse. Von P. Troussan. (La Presse médicale 1900 72.)

Gelegentlich seiner eingehenden Studie über die Enterocolitis mucomembranosa, in welcher er die Hauptsymptome, als die Diagnose sichernde Faktoren und die secundären Erscheinungen, sowie die klinischen Formen und zum Schluss die Complicationen bespricht, behandelt T. auch die Enterocolitis des Kindesalters. Im Allgemeinen und im Grunde ist diese von jener Erwachsener nicht verschieden. Ungemein häufig aber treten mit besonderer Heftigkeit die infektiösen Symptome in Begleitung der paroxystischen Anfälle hervor. Ein einziger Anfall kann zum Tode oder zu lang ausgedehnter Reconvalescenz führen, ohne je sich zu wiederholen. Am häufigsten kommt eine Reihe solcher Anfälle mit verschieden langen Zwischenräumen vor, während welcher intestinale Störungen sich nicht bemerkbar macht. Die Krankheit kann plötzlich einsetzen mit hohen Temperaturen (39—40°) und mit lebhaften nervösen Reactionen einhergehen: Aufschreien, Unruhe, Schlaflosigkeit, Convulsionen, Delirien. In den ersten Lebensjahren sind die Stühle stark diarrhoeisch, grün, foetid, putrid und enthalten viel Schleim und falsche Membranen. Bei älteren Kindern ist das Bedürfniss zur Stuhlentleerung sehr vermehrt. Die Stuhlgänge können bis zu 20 Mal pro die sich wiederholen, sind schmerzhaft, oft von Tenesmus und Dysurie begleitet. Die entleerten Massen sind flüssig und wenig ergiebig. Dagegen beobachtet man grosse Schleimmengen, welche mit oder ohne fäcalen Mengen als Schleimflocken, Reste falscher Membranen, Streifen oder cylindrisches Gebilde abgehen. Die Untersuchung des Abdomen zeigt es schmerzhaft, aber weich und eindrückbar.

Im späteren Kindesalter nimmt die Enterocolitis um so mehr einen chronischen Verlauf an, je mehr das Kind der Pubertät sich nähert. Sie kann eine Folge der Erkrankung in früheren Lebensjahren sein und in Hinsicht der paroxystischen Anfälle sich modificieren. Ihr Beginn kann ein ganz allmählicher mit Obstipation sein. Die Formen, unter welchen die Krankheit auftritt, entsprechen völlig denen der Erwachsenen. Nur pflegen die Paroxysmen häufiger einzutreten und mit Fieber und heftigen Reactionserscheinungen begleitet zu sein. Natürlich kann die Enterocolitis mucomembranosa einen ungünstigen Einfluss auf die Entwickelung des Organismus üben. Man findet sie oft in Gemeinschaft mit Rhachitis.

v. Boltenstern-Bremen.

Digitized by Google

Die Ozaena und ihre Behandlung. Von Klemperer. (Therapie der Gegenwart, 1900, Heft VIII).

Unter Ozaena verstehen wir heute eine bestimmte diffuse Erkrankung der Nase, für welche charakteristisch sind: das Secret, das sehr rasch zu Krusten eintrocknet, die die Nase mehr oder weniger erfüllen, der Gestank und die Atrophie der Nasenschleimhaut und -knochen.

Der Geruch der Ozaenanase ist nicht immer gleich intensiv. Er wechselt in seiner Stärke bisweilen so sehr, dass man von einer Ozaena periodica sprechen kann. Der üble Geruch haftet an dem Secret, dass in schmierigen graugrünen Krusten die Wände der Nase bedeckt. Das frische Secret ist aber frei von dem mephitischen Geruch, der den Krusten eigentümlich ist. Erst im Laufe mehrerer Stunden stellt sich der Foetor ein. Die Atrophie der Schleimhaut ist keine gleichmässige. Neben Partieen, die den Schleimhautcharakter vollständig verloren haben, erscheinen andere, besser erhaltene und sogar solche, die weich und aufgelockert, verdickt erscheinen. Die Atrophie der Knochen ist ebensowenig überall gleich weit vorgeschritten. Nicht immer sind beide Nasenhöhlen in gleichem Maasse affiziert.

Den genannten Symptomen sind noch folgende hinzuzufügen: Die Kranken klagen über mehr oder weniger starken Kopfschmerz, der meist in der Stirngegend lokalisiert wird und wohl als Folge der Verstopfung der Nase durch die Borken aufzufassen ist, ferner in den Verdauungsstörungen — Appetitlosigkeit, Würgen, Erbrechen —, die durch das Herunterfliessen der Secrete in den Rachen zur Genüge erklärt werden.

Das Vorkommen der Ozaena ist ein ziemlich häufiges, ihr Verlauf ein schleichender. Die meisten Fälle gehören der Jugend an, speziell den Pubertätsjahren. Ozaena im 4. bis 6. Lebensjahre ist wiederholt beobachtet worden; das Entstehen der Krankheit nach dem 30. Jahre gehört zu den Seltenheiten.

Die Aetiologie liegt noch ganz im Dunkeln. Disposition und Erblichkeit spielen dabei eine Rolle. Von lokal disponierenden Momenten ist die Weite der Nasenhöhle durch angeborene Kleinheit der Muscheln zu nennen. — Ein spezifischer Erreger der Ozaena ist bisher noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen.

Was die Therapie anbetrifft, so ist, je früher sie eingreift, um so besser ihre Wirkung. Wirkliche Heilungen werden wohl selten erzielt. Unsere Mittel heilen die Krankheit nicht, sondern sie ermöglichen oder erleichtern deren Heilung. Den Mittelpunkt und die Grundlage aller Ozaenatherapie bildet die Reinhaltung der Nase; sie ist die Vorbedingung und wahrscheinlich auch die einzige Ursache aller Besserungen und Heilungen, die erzielt werden. Zur Reinigung dienen die Tamponade und die Nasenspülung. Die erstere wird nach Gottstein so ausgeführt, dass man einen daumendicken Wattetampon von 3 bis 5 cm Länge 24 Std. in einer Nasenseite liegen lässt und nach 24-stündiger Pause einen gleich grossen Tampon für ebenso lange Zeit in die andere Nasenseite einlegt. Den Tampon mit medikamentösen Stoffen zu tränken, ist nutzlos. — Krieg hält es

Digitized by Google

für genügend, wenn das Tampon Vormittag 4 Std. in der einen, nachmittag 4 Std. in der anderen Seite liegt; er empfiehlt aber, mit Ungt. praecip. alb. und Vaselin aa zu bestreichen. Zarniko lässt die Tampons nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stde. liegen.

Die Nasenspülung kann mit dem Irrigator oder mit einer Nasenkanne vorgenommen werden; am geeignetsten bei Ozaena ist die Nasenpumpe (sogen. englische Pumpe), die beliebige Massen befördert und deren Druck durch die Hand kontrolliert wird. Als Spülflüssigkeit dient eine lauwarme Salzlösung. Zu häufige und reichliche Spülungen der Nase sind nicht ratsam, da die Nasenschleimhaut, so weit sie noch intakt ist, durch die beständige Aufweichung und Auflockerung Schaden erfahren kann. Am zweckmässigsten ist es darum, die Tamponade und die Nasenspülung zu combinieren.

Schnell-Egeln.

Beiträge zur Ernährungsphysiologie des Säuglings. Von Bendix. (Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 30).

Vor längerer Zeit hat B. den Einfluss der Menstruation auf die Lactation zu erforschen gesucht und dabei folgendes festgestellt:

1. Ein grosser Prozentsatz der stillenden Frauen bekommt trotz der Lactation die Menstruation.

2. Der Eintritt der Periode und die regelmässige Wiederholung derselben giebt nur ausnahmsweise einen Grund zur Entwöhnung des Kindes ab.

3. Quantitative Veränderungen in der Milchmenge sind nur in äusserst wenigen Fällen, qualitative allein für das Fett im steigenden Sinne durch die Periode nachzuweisen.

4. Ein Einfluss auf das Befinden und die Verdauung des Kindes durch den Eintritt der Periode und die dadurch veranlasste Milchveränderung konnte nur vereinzelt bei den Kindern constatiert werden.

Um weiter den Einfluss der Gravidität auf die Lactation festzustellen, konnte B. folgenden Fall aus seiner Praxis verwerten: Eine junge Mutter kommt mit einem 2 Monate alten Knaben, den sie selbst nährte, zu ihm; durch Wägen des Kindes vor und nach dem Anlegen an die Brust wird die von der Mutter während 24 Stunden gelieferte Menge auf 835 Gramm festgestellt. Ca. 4 Wochen später betrug die Milchmenge an 2 aufeinander folgenden Tagen nur 400 Gramm und 340 Gramm. Erst später stellte sich heraus, dass die Frau um diese Zeit gravide war; sie abortierte nämlich. Eine, 36 Wochen nach dem Abort vorgenommene Wägung der Milchmenge ergab 995 Gramm.

Diese Beobachtung liefert den Beweis, dass neue Gravidität im einzelnen Falle die Milchabsonderung bei der Frau bedeutend herabsetzen kann. Vielleicht hätte in diesem speziellen Falle die Milchabsonderung ganz gestockt, wenn es nicht zum Abort gekommen wäre. B. will deshalb aber nicht den Satz aufstellen, dass bei Eintritt einer neuen Gravidität sofortiges Aufhören mit dem Säugen stattzufinden hat; er meint vielmehr, dass es in der Praxis erlaubt sei, beim Eintritt von Gravidität während des Stillens ruhig abzu-

Digitized by Google

warten und das Absetzen des Kindes abhängig zu machen von der gelieferten Milchmenge, von dem Gedeihen des Kindes und von dem Kräftezustand der nährenden Frau.

Schnell-Egeln.

Gesundheitspflege.

Die Werbung für die Versuchsanstalt für Ernährung. Von Prof. Biedert. (Vortrag, gehalten auf der 72. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Aachen 1900).

Als Hauptergebniss der in München beschlossenen Werbung legt Redner einen gedruckten Entwurf für deren Durchführung im Anschluss an eine Skizze der zukünftigen Thätigkeit der Anstalt vor. Seinen Vortrag beginnt er mit im letzten Jahre gesammelten neuen Beweisen für das Dringende der Anstalt. Darunter Scandalosa über Milchproduktion, worüber Aeusserungen aus landwirtschaftlichen Facultäten vorgelegt werden, von welchen eine die nach ihrer eigenen Angabe gesundheitsstörende Fütterung (z. B. gährender, feuchter Treber statt trockener) zulässt, im Geldinteresse des Bauern, also ein nach § 13 des Nahr.-Ges. mit Zuchthaus bedrohtes Vergehen: Empfehlung von Täuschung über die gelieferte Qualität, Herabsetzung der gesetzlichen Anforderungen an diese, sorgloses Hinwegsehen über die Möglichkeit einer Tuberkuloseinfektion von Seiten der vereinigten Milchproducenten, anderseits Nachweis des Ungenügens von seither geschätzten Schutzmassregeln hiergegen (Pasteurisieren) haben sich alle in diesem Jahre gezeigt und fordern eine autoritäre Stelle, die hier eingreift. Dieselbe hätte auch der Brustdrüsenernährung, von deren verhängnissvoller Vernachlässigung ein neues krasses Beispiel angeführt wird, wieder ihre lebenserhaltende Herrschaft zu erkämpfen, zusammen mit der Agitation eines Nichtarztes, des wohlbekannten Dr. Georg Hirth in München, der seinerseits für die Anstalt zu wirken bereit ist. Die Notwendigkeit der Prüfung der Nährfabrikate, über deren Beschaffenheit das letzte Jahr die gefährlichsten Unsicherheiten an den Tag gebracht, gilt für Kinder und Erwachsene, welch letztere Redner überhaupt in die Anstalt einbegreifen möchte. Die neuen Eiweisspräparate, die controverse Ernährung der Superaciden, die Frage der genauen Kalorienbestimmung für Kranke veranlassen auch neuerdings dazu. Die Notwendigkeit letzterer bei Hypo- und Achlorhydrie zeigt Redner an der nach einem Jahrzehnt dadurch erzielten Besserung seines eigenen Leidens.

Das sind nur neue Einzelheiten, welche der systematischen, gedruckt vorliegenden Begründung der Anstalt zugefügt werden, deren Aufgabe demnach A. Ernährung von, besonders kranken, Säuglingen,

Digitized by Google

Milcherzeugung und -Behandlung, Kontrolle der Nährpräparate, dies B. auch für ältere Kinder und C. für Erwachsene wäre. Im Auge zu halten ist das Ganze immer, wie es Flachs und Schlossmann in ihrem erfreulichen Teilversuch im ausdrücklichen Anschluss an die Zwecke unserer Anstalt jetzt thun. Des ersteren begeistertes Festhalten an der Gesammtanstalt ist bei seiner praktischen Erfahrung massgebend gegenüber theoretischen Bedenken, von welchen zudem immer nur Einzelheiten bemängelt werden, die ein anderer gerade wieder lobt. Vor Eintritt in eine öffentliche Agitation liegen bereits gegen 50 zustimmende Aeusserungen vor von bekannten Aerzten, Pharmakologen, Hygienikern, Medizinalbeamten, land- und milchwirtschaftlichen Fachleuten, Zeitschriften, darunter von Leyden's Zeitschrift (Hirschel), Berliner klin. Wochenschr. (Säkularartikel von Baginsky und redaktionelle Notiz zum Werbeprogramm), Chemikerzeitung, land- und milchwirtschaftliche Zeitungen (Herz).

Für sehr wichtig hält der Vortragende die Vereinigung der analogen Bestrebungen von Kobert und His in Bezug auf Arzneifabrikate mit den seinen und schliesslich das Gutachten Camerers über die Centralanstalt, die eine notwendige Ergänzung der klinischen Anstalt sei, welche mit 100 andern Dingen belastet, die bei der Kranken-Ernährung auftauchenden äusserst komplexen Fragen nicht mit genügendem Erfolg lösen konnte.

Er weist noch einmal auf die in der gedruckten Vorlage enthaltene Organisation sowohl der späteren Beaufsichtigung wie der jetzigen Werbung für die Anstalt in Form engerer und weiterer Ausschüsse hin. Diese hätten sich jetzt durch schriftliches und mündliches Eintreten, wie kleine Beiträge für Agitationskosten zu bethätigen und würden dafür später entsprechenden Einfluss erhalten. Es soll der Gedanke in die ärztlichen Vereine, alle ärztlichen und anderen Zeitschriften und Zeitungen getragen werden. Alle, welche sich dafür interessierten, möchten sich jetzt mündlich oder später schriftlich bei dem Vortragenden nennen. Gäbe es davon eine grosse Zahl, so würden auch wohl die materiellen Mittel von dem grossen Publikum, Corporationen und Behörden zu erhalten sein, wenn denselben vor Augen gestellt würde: eine grosse Anstalt mit eifriger ineinandergreifender Arbeit, von welcher ausgehen erprobte Ratschläge für besten und billigsten Unterhalt unseres über die Erde wachsenden Volkes und prompte Wiederherstellung der in der Ernährung geschädigten Glieder des Volkes durch diätetische Massregeln, Vorschriften über staatliche Beaufsichtigung der Nahrungs- und Heilmittel, Aufsichtsführung. Darüber durch die Anstalt selbst Maassgaben für die Produktion der Nährmittelindustrie, um Verschleuderung von deren und des Volkes Vermögen vorzubeugen, das stellt eine humane und eigenartige, wahrhaft staatserhaltende Wirksamkeit in Aussicht und der Voraussicht, die jetzt dafür eintritt, wird einmal der Dank unserer Wissenschaft und unseres Volkes werden.

Biedert-Hagenau. Autoreferat.

Digitized by Google

Rezensionen.

Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind. Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Prof. Dr. Ph. Biedert. 4. Auflage. Mit 12 Abbild. und 1 farb. Tafel. Stuttgart, F. Enke, 1900. Preis 6 Mark.

In einer Zeit, wo die theoretischen Grundlagen und die praktischen Methoden der Kinderernährung wieder nach jeder Richtung schwankend geworden sind, das ganze schwierige Problem neuerlich zur Diskussion gestellt ist und dauernd im Fluss bleibt, — da war es gewiss erwünscht, wieder einmal Biedert im Zusammenhang diese Frage darstellen zu sehen. B. gehört ja zu den verdientesten Führern auf diesem Hauptgebiet der Pädiatrie und seine diesbezüglichen Arbeiten sind seit jeher besonders geschätzt. Namentlich auch sein Werk über Säuglingsernährung zählt seit seinem Erscheinen zu den besten, nicht zuletzt deshalb, weil der Autor mit unermüdlichem Fleiss jeweils die neuesten Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung und praktischen Erfahrung für seine Arbeit verwertet. Auch in der nun vorliegenden 4. Auflage kann man das auf Schritt und Tritt konstatieren. Die Neuauflage „stellt so gleichsam ein neues Werk dar, das unter Beibehaltung des dauerhaften Alten alles Neue den prakticierenden und forschenden Kollegen aus einem Guss giebt." Wie aus einem Guss ist auch die Darstellung, so sprudelnd und anregend, dass man im Banne des Stoffes gehalten wird und dem Verfasser willig auch auf nationalökonomische und soziale Streifzüge folgt, welche den Bereich der behandelten Materie in bedeutsamer Weise erweitern und sie auf das Niveau einer weitgreifenden Kulturfrage erheben. Die Fülle des wissenschaftlichen Materiales, oft fast überreichlich, die Uebersichtlichkeit der Anordnung des Stoffes, das ausführliche chronologische Literaturverzeichnis, auf dessen Einzelnummern auch im Text immer wieder verwiesen wird — all das sind Vorzüge, wodurch auch die früheren Auflagen schon sich auszeichneten. Ich wäre versucht, zu bemängeln, dass B. sich auch an das gebildete Publikum wendet. Da jedoch das schöne Werk jedenfalls den strengen wissenschaftlichen Anforderungen des ärztlichen Lesers vollauf genügt, so mag über diesen heiklen Punkt hinweggegangen werden, zumal die steigende Zahl der Auflagen unzweifelhaft die Berechtigung und Anerkennung des B.'schen Beginnens erwiesen hat.

Jeremias-Posen.

Kompendium der Hautkrankheiten einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik. Für Studierende und Aerzte von Dr. S. Jessner. 2. Auflage. Königsberg i. Pr., Thomas und Oppermann, 1900. Preis 6 Mark

Das für den Praktiker bestimmte Werk des bekannten Dermatologen hat in seiner zweiten Auflage eine vollständige Umarbeitung und Erweiterung erfahren. Auch die Einteilung, der das vom Verfasser aufgestellte System der Hautkrankheiten zu Grunde liegt, ist etwas geändert. Der allgemeine Teil bespricht die Anatomie und

Digitized by Google

Physiologie der Haut und die allgemeine Therapie. Im speziellen Teil ist besonders die eingehende Erörterung der Differential-Diagnose und der Therapie hervorzuheben. Die Klassifikation der Hautkrankheiten dürfte, trotzdem sie sich möglichst konsequent auf pathologisch-anatomischer Grundlage aufbaut, doch nicht allgemein anerkannt werden:

Die einzelnen Klassen lauten: 1) Funktions-Störungen, 2) Anomalien der Blutverteilung (ohne Entzündungs-Erscheinung), 3) Entzündungen, 4) Granulome (darunter die Syphilis der Haut), 5) Hypertrophie, 6) Neubildungen, 7) Regressive Ernährungs-Störungen. Den Anhang bilden ein Abschnitt über die Haut-Parasiten, eine umfangreiche Darstellung der Kosmetik der Haut und eine reiche Sammlung von Rezept-Formeln.

Das Werk wird sich, wie seine erste Auflage, auch in der umgearbeiteten Form, viele Freunde verschaffen, besonders unter den praktischen Aerzten, da es den theoretischen Erörterungen nicht viel Spielraum lässt, dafür aber die praktischen Bedürfnisse um so mehr berücksichtigt.

Forchheimer-Würzburg.

Kurze Notizen aus der Praxis und Wissenschaft.

— Beitrag zur Bakteriologie des Keuchhustens. Von G. Arnheim.

Verf. berichtet über seine Untersuchungen an 44 Keuchhustenfällen und 3 Sektionen, sowie Kontrolversuchen bei akuter und chronischer Bronchitis, Bronchopneumonie, Lungentuberkulose. Beim Ausstrich des in der Acme gewonnenen Sputums fand er regelmässig kleine, oft in Ketten angeordnete Stäbchen, die am Ende der Erkrankung auch intracellulär lagen. Meist hatten sich die Pole der Bakterien allein gefärbt.

Eine Kultur des gewaschenen Sputums auf Blutserum zeigte am nächsten Tage sehr kleine, runde, klare Kolonien, die etwas über die Oberfläche erhaben waren. Spätere Generationen zeigten Involutionsformen. Auf den gewöhnlichen Nährböden sehr geringes Wachstum. Bouillon bekommt saure Reaktion und wird vorübergehend getrübt. Färbung nach Gram war nicht immer positiv. Die Tierversuche sind nicht eindeutig. Keuchhusten — Konvulsionen vermochte Verf. nicht hervorzurufen.

Bei den Sektionen liessen sich im Ausstrich und der Kultur von Trachealschleim und bronchopneumonischen Herden die Polbakterien nachweisen.

Digitized by Google

Da die Kontrolversuche die Bakterien stets vermissen liessen, so hält A. die Czaplewski-Henselschen Polbakterien für spezifisch.

(Berliner klinische Wochenschrift 1900).

M. Moltrecht-Halle.

— Die Behandlung der Retropharyngealabscesse. Von W. Schmidt.

Bei der Eröffnung der Retropharyngealabscesse vom Munde aus drohen mancherlei Gefahren. Erstickung durch den herabfliessenden Eiter, Pneumonieen, Magen-Darmerkrankungen, bei tuberculösen Abscessen Lungentuberkulose, oft ist auch der Abfluss des Eiters ein ungenügender. Bessere Resultate, als mit dieser Methode, erzielte Verf., wie auch andere Autoren, mit der Eröffnung von aussen. Für kleinere Abscesse empfiehlt sich ein Schnitt vor dem Sterno-cleido-mastoideus, von dem aus man an der Aussenseite der Vena jugularis in die Tiefe dringt. Nach der Eröffnung legt man einige dünne Gummidrains ein oder macht eine Gegenöffnung. Stark seitlich vorgewölbte Abscesse erreicht man leichter mit einem Schnitt hinter dem Sterno-cleido. Wenn auch diese Behandlung für Krankenhäuser die einzige sein sollte, so wird doch der praktische Arzt aus manchen Gründen zur älteren Methode greifen müssen.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1900).

M. Moltrecht-Halle.

— Zur Behandlung der Dermatitis exfoliativa sive Pemphigus malignus. Von Baginsky.

Bei ganz jungen, etwa in der 2. oder dritten Lebenswoche stehenden Kindern beobachtet man eine nicht syphilitsche Affection, die entweder ursprünglich in Blasen auftritt oder alsbald eine über den ganzen Körper sich ausbreitende Abschälung und Abrollung der Epidermis mit Freilegung des Cutis darbietet und schliesslich zu dem denkbar abschreckendsten Krankheitsbilde sich entwickelt. Die Kleinen liegen mit tief dunkelroter freiliegender Cutis, während die Epidermis nur noch in zusammengerollten schmutzig grauen Fetzen sich präsentiert, bei hohen Fiebertemperaturen tief elend darnieder und sind bei der bisher üblichen Behandlungsmethode in der Regel in wenigen Tagen dem Uebel erlegen.

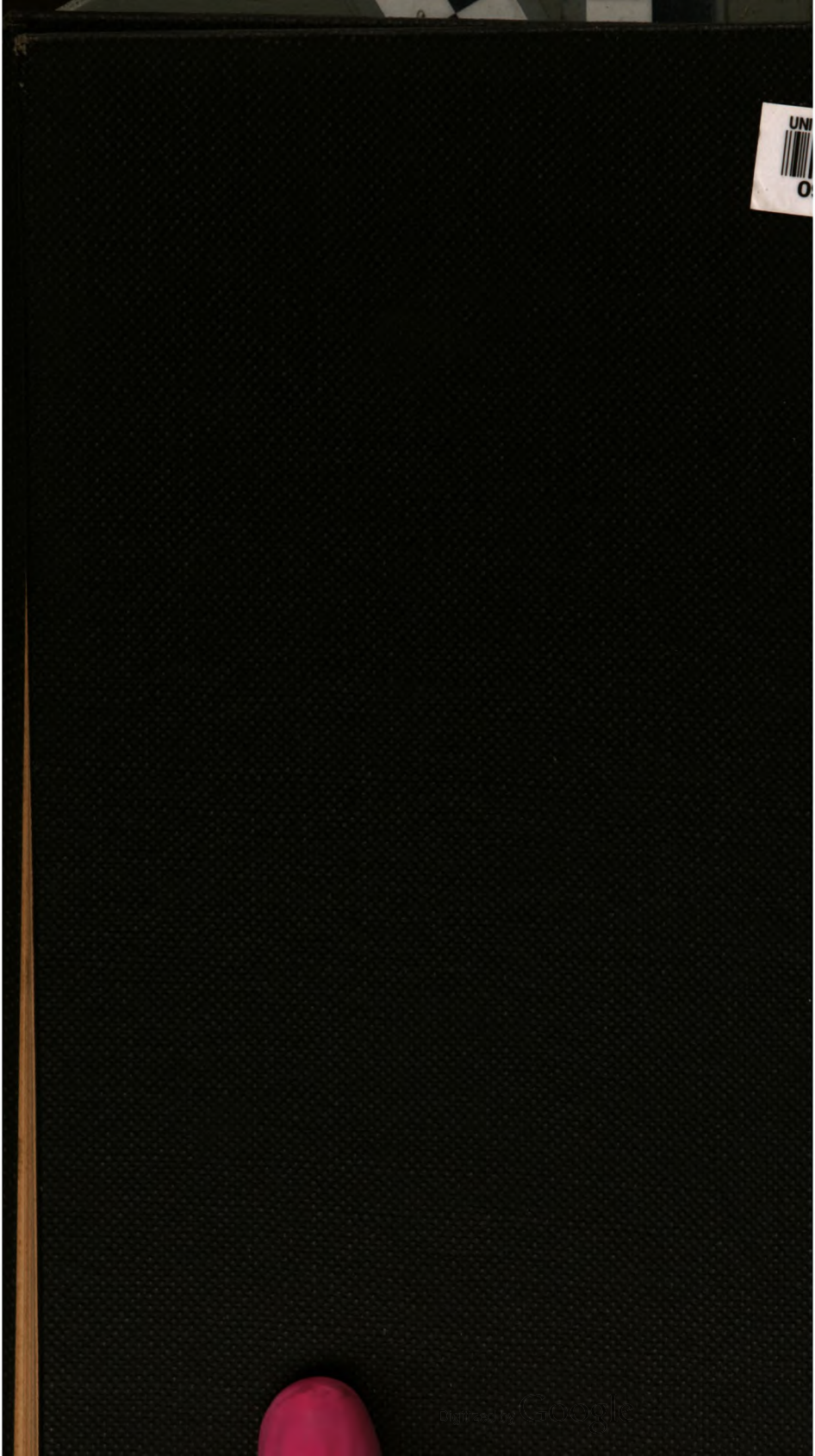
B. hat in mehreren Fällen mit folgender Methode Erfolg gehabt: Bad von Eichenrindenabkochung, 1 Kilo: 1 Bad, Temperatur des Bades: 27—28 ° C., Dauer des Bades 6—8 Minuten. Nach dem Bade vorsichtige Abtrocknung mit Watte und darauf completes und dichtes Einpudern oder besser gesagt völliges Ueberstreuen des Kindes mit zinc. oxydat. Talcum aa. Dieses Streupulver wird täglich mehrmals erneuert und die Kinder werden in Watte gepackt, gleichsam in die dichte Lage von Streupulver gebettet. Peinliche Reinlichkeit und Asepsis, sowie sorgfältige Ernährung ist dabei natürlich nicht ausser Acht zu lassen.

(Therapie der Gegenwart 1900). Schnell-Egeln.

Verlag von Benno Konegen, Leipzig. — Druck von Emil Goldammer, Königsbrück i. S.

Digitized by Google

Digitized by Google


Digitized by Google